

公益財団法人滋賀医学国際協力会
外国人留学生等修学助成交付申請書

年 月 日

公益財団法人 滋賀医学国際協力会 理事長 様

カタカナ _____

申請者氏名(外国人留学生等)

国名 _____

住所（自宅） 〒 _____

下記のとおり、外国人留学生等修学助成を申請します。

在学大学名等					
在学年次等	学部学生	年入学	学年	所属講座等	
	大学院生	年入学	学年		
	研究生			指導教員等	
	研究者 ()				
修学等予定期間	年 月 日		～	年 月 日	
収 入 (月当たり)			支 出 (月当たり)		
送金額 (家庭からの送金)	円	奨学金 (内訳) 奨学金名称 金額 円	円	食 費	円
				住 居 費	円
アルバイト収入	円			交 通 費	円
その他	円	奨学金名称 金額 円	円	そ の 他	円
合 計	円		円	合 計	円
卒業成績証明書	前年度の学業成績証明書（厳封したもの）を添付すること。 （※ 研究者は提出する必要はありません。）				

1. 推薦者氏名（指導教員等）

所属・職名 _____

氏 名 _____

2. 推薦理由

3. その他参考となる事項