様式１

筑波大学附属病院海外派遣事業

医学類生の海外派遣支援事業 交付申請書

令和　　年　　月　　日

附属病院長　殿

申請学生の指導教員

職　名

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（電子メール：　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　学　生 | 学籍番号：  医学類　　　年次  フリガナ：  氏　　名：  生年月日：平成　　　年　　　月　　　日  性　　別：　男　・　女  連絡先  　携帯電話  　電子メール  　※電子メールアドレスは筑波大学で配布されているものを記入してください。 |
| 実　習　期　間 | 実習開始年月日：令和　　　年　　　月　　　日  実習終了年月日：令和　　　年　　　月　　　日 |
| 希望する実習先機関名 | 機関名：  所在国： |
| 受入れ許可の有無 | □有　　　□無 |
| 他の助成金申請の有無 | □無  □有→助成金名称：  　　　月　額：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  採択状況：□採択　　　□不明（令和　　年　　月ごろ判明） |
| 実習計画等 |  |

※本件に係る個人情報は、申請における問合せ等にのみ使用します。