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。