様式４

学士課程学生の授業としての海外医学活動推進奨学金交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 学　類 | 医学類 |
| 学年・学籍番号 | 年　／　学籍番号 |
| 申請者氏名等 | 氏　　名  電話番号  メールアドレス |
| 海外医学活動の種類（該当する□にチェック，（　　　　）に記載） | * 選択臨床実習 * 基礎研究室配属 * 医学研究特設プログラム * 必修臨床実習 * 学域GS言語科目Ⅰ・Ⅱ（医学英語） * その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 旅行期間（金沢発着） | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（日本時間） |
| 海外活動期間（活動開始日～活動終了日） | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（現地時間）  　　　　　　　　　　　　　　（　　　　日間） |
| 活動する大学・研究機関等 |  |
| 上記大学・研究機関等における指導者 | 氏　　名  電話番号  メールアドレス |
| 海外医学活動において目指すもの，心構え |  |
| 他の奨学金等の制度への応募状況 | * なし * あり　（応募の奨学金等　　　　　　　　　　　　　　　） |

【作成の際は、ワープロソフトを使用してください。手書きは不可。】

以下、申請者は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 評　　　価 | □給付条件に該当　　　　□給付条件に非該当 |
| 給付決定額 | □ １００，０００円 |
| 備　　　考 |  |