

日米医学医療交流財団
調査・研究助成申込書
(B - 1)

写真添付

氏名 ふりがな	
(歳) 男 / 女 年 月 日生	
現住所 (自宅) 〒	TEL : FAX : E-mail :
所属機関名	
身分	
所属機関住所 〒	TEL : FAX :
最終学歴 (西暦年度)	
日米医学医療交流財団との関係	賛助会員入会済 入会年月 年 月 未入会
過去に本財団から受けた助成	有 (年 月) 無
目的 (調査・研究の名称、意義などが判るように)	

日米医学医療交流財団
調査・研究助成申込書
(B - 2)

計 画

1) 組織 (協力者氏名・所属・身分)

2) 期間・行き先

3) 経費明細

4) 期待される成果

日米医学医療交流財団
調査・研究助成申込書
(B - 3)

財団法人
日米医学医療交流財団
会 長 小 玉 正 智 殿

誓 約 書

アメリカ合衆国をはじめ諸外国において、医学医療の研修・調査・研究を行うに当り、下記の通り誓約いたします。

この誓約について約束不履行が生じた場合、助成金は全額返却致します

記

- 1 . 医療従事者として、品性を欠く非常識な行動をとらない。
医療過誤、交通事故などの賠償に関する保証を貴財団に要求しない。
- 2 . 募集要項に記されている下記の報告を約束致します。

研修の結果報告書の提出

提出方法は「成果報告書のご提出について」参照

帰国後1か月以内

- 3 . 助成対象者に決定後、賛助会員に入会致します。
(賛助会費・1口1万円)
- 4 . 研修終了後はその成果を生かし、賛助会員として貴財団の活動を支援致します。
 - ・ 財団主催のセミナーや財団活動への協力等
 - ・ 帰国後の勤務先、所属身分・新住所等の報告
- 5 . 助成金に対する使途明細書を提出致します。

年 月 日

現在勤務先名

所属身分

氏 名

印

渡航計画書

年月日	発着地名（国名）	訪 問 先	滞在日数	用 務

B 項・一覧表作成の便宜のため、必要事項を日本語でご記入下さい。
楷書でわかりやすくお願い致します。

氏名 _____ 年齢： _____ 歳 性別： _____ 男・女

1) **現職**

機関名 _____ 所属身分 _____

2) **出身大学** _____ 卒業年度(西暦 _____ 年)

又は**医療機関出身学校** _____ 卒業年度(西暦 _____ 年)

3) **出身大学院** _____ 修了年度(西暦 _____ 年)

4) **調査・研究項目**

5) **受入先** (英語でお書き下さい)

研修先施設名 _____

本人研修身分 _____

指導者名(機関名・肩書) _____

6) **出発予定期日** _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

7) **調査・研究期間** _____ 年 _____ 月 _____ 日

8) **推薦者**(2名の内、少なくとも1名は当財団賛助会員)

(1) 氏名 _____

機関名 _____

役職 _____

(2) 氏名 _____

機関名 _____

役職 _____

9) **TOEFL・TOEIC・IELTSの合格年月・点数**

TOEFL _____ 年 _____ 月 _____ 日 点数： PBT _____ 点、・ CBT _____ 点、・ iBT _____ 点
TOEIC _____ 年 _____ 月 _____ 日 点数： _____ 点 / IELTS _____ 年 _____ 月 _____ 日 点数： _____ 点

助成要項(B)セルフチェックリスト

(氏名)

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| (1) 申込書 | B-1 |
| (2) 履歴書 | B-2
和文
英文 |
| (3) 卒業証書の写し | |
| (4) 専門職種免許証の写し | |
| (5) 受け入れを証明する手紙 | |
| (6) 推薦書 | 賛助会員
非賛助会員 |
| (7) 誓約書 | B-3 |
| (8) TOEFL・TOIEC・IELTS の点数通知書の写し | |
| (9) 渡航計画書 | |
| (10) 応募者一覧表作成用書式 | |
| (11) セルフチェックリスト | |

