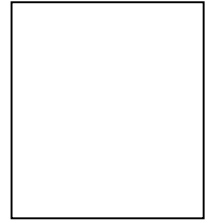


日米医学医療交流財団
アメリカ短期看護研修助成申請書



氏 名
(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)