西暦 年 月 日

|  |
| --- |
| **プログラム名：ハワイ大学医学部 Learning Clinical Reasoning Workshop 2019** |
|  |  | 顔写真を貼付 |
|  | First Last ※パスポートの記載通りに |
|  |  年 月 日 |  | Male・ Female |
|  |  |  |   |
| **E-mail** | （PC）(Mobile) |
|  |  |
|  |  |
|  | 氏名 続柄（ ） 電話番号： |
| **パスポート取得状況** | **未取得** ・ **取得済**→ 有効期限（西暦） 年 月 日 |
| **参考書類提出の有無**（詳細は様式2に記載） |
| **等** | **有 ・ 無** ※有の場合は，成績証明書等のコピーを提出すること試験名（ ）： Score 点・受験日（ 年 月）試験名（ ）： Score 点・受験日（ 年 月） |
| **佐賀大学国際交流事業への参加履歴・計画等** | **有 ・ 無** |
| 【注意事項】* 参加者の選考は，提出された申請書，学業成績，語学能力等を加味して選考します．
* 参加が決定した場合、滞在中の病気や怪我に備えるため、海外旅行者保険に加入を要します。
* 学業成績が悪い場合，奨学金を全額は受給できないことがあります．
* 過去に医学部同窓会から奨学金の受給を受けたことがある場合は，同奨学金は受給できません．
* 参加が決定した後に、止むを得ない事情で参加が不可能になった場合、可及的速やかに国際交流事業実施部会に報告するようにしてください．
 |
| **保護者承諾サイン** |  |