**佐賀大学医学部 海外留学プログラム 参加申請書**

プログラム名：輔仁カトリック大学臨床実習2019　　　　　　記載日　西暦 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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（ ） TEL： |
| **パスポート取得状況** | **未取得** ・ **取得済**→ 有効期限（西暦） 年 月 日 |
| **参考事項** |
| **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）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・今後の計画等** | **有 ・ 無**⇨有りの場合は具体的に記載する |
| 【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** |  |