**佐賀大学医学部 海外留学プログラム 参加申請書**

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 |
|  |  |  |   |
|  |  |
|  |  |
|  | （PC）(Mobile) |
| 保護者等の連絡先を記載 | 氏名(自署) ・続柄（ ）住所：TEL： |
|  | □**取得済**→有効期限（西暦） 年 月 日 **・□未取得** |
| TOEFL, TOIEC, 医学英語検定等の成績を記載 | **□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（ ）： 点・受験日（ 年 月）試験名（ ）： 点・受験日（ 年 月）試験名（ ）： 点・受験日（ 年 月） |
| **佐賀大学国際交流事業への参加履歴**これまでに本学が開催した国際交流に関する活動に参加したことがあれば記載 | **□有 ・ □無** ⇨有の場合は具体的に記載する |
| **その他の海外渡航歴**本学以外が開催した海外留学や国際交流活動への参加について記載 |  |
| 【注意事項】* 提出された申請書，学業成績，語学能力等を加味して参加者を選考します．
* 参加が決定した場合、滞在中の病気や怪我に備えるために本学指定の海外旅行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．
* 決定後に止むを得ぬ事情で参加不可になった場合、速やかに国際交流事業実施部会に報告してください．
 |

1. **留学内容の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| **留学プログラム名** | 2024 Learning Clinical Reasoning Student Workshop |
| **留学期間** | （西暦）　2024年　3月　18日～　2024年　3月　22日 |
| **留学先** | 施設名：John A. Burns School of Medicine University of Hawaii学部・診療科等名：Office of Medical Education住所：651 Ilalo St., MEB 3rd Floor Honolulu, Hawai‘i 96813-5534TEL：(808) 692-0920 |
| **受入責任者** | 氏名：Ms. Kori-Jo Kochi所属：Academic Support Specialist International CoordinatorE-mail：kjkochi@hawaii.eduTEL：808-692-0929 |
| **佐賀大学医学部との国際交流提携の有無**  | **■有 ・ □無 ・ □不明** |
| **成績証明書発行の有無** | **□有 ・ ■無 ・ □不明** |
| **留学内容予定**（可能な限り具体的に記載すること） |

1. （英文・10pt・1~2ページ程度で記載すること）

|  |
| --- |
|  |

1. **渡航中の安全管理について**

|  |  |
| --- | --- |
| **渡航中緊急時連絡先(本人)**渡航中に連絡がとれる申請者の連絡先を記載実習先で滞在するホテルや寮などの滞在先を記載※わかり次第、後日報告で可 | TEL：E-Mail：滞在先名称：滞在先住所：滞在先TEL： |
| **渡航中緊急時連絡先(保護者)**保護者等の緊急時連絡先を記載 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）住所：TEL： |
| **海外旅行者保険加入の有無**  | (留学が決まり次第、大学指定の保険を案内します)　**□有・ ■無** |
| **渡航中の安全管理についての計画**渡航中に留意することを記載 |

1. **留学費用について**

|  |  |
| --- | --- |
| **留学費用の概要**授業料、航空券、宿泊費等の予定額を記載 | **総額（　　　　　　　　　　　　円　）**・授業料（　　　　　　円　）・航空券（　　　　　　円　）・宿泊費（　　　　　　円　）・その他（　　　　　　円　） |
| **奨学金受給の予定**今回の申請に対して、独自に奨学金を獲得予定の場合は記載 | **□有・□無** ⇨有りの場合は資金名と費用を記載奨学金名（ ）・受給予定額( 円)奨学金名（ ）・受給予定額( 円)奨学金名（ ）・受給予定額( 円) |