

公益財団法人日米医学医療交流財団
第16回アメリカ短期看護研修助成申請書

写真添付

| |
|--|
| フリガナ 氏名 (歳) ○男 ○女 西暦 年 月 日生 |
| 現住所(自宅) 〒 TEL(携帯): FAX : E-mail : |
| 所属機関名 役職 所属機関住所 〒 TEL : FAX : E-mail : |
| 医療機関出身学校 及び 最終学歴(西暦年度) |
| 応募動機・目的等(できるだけ具体的に) |
| この研修をお知りになったきっかけを教えてください。 |
| 応募資格の要件チェック 該当する要件を選んで下さい。 <input type="checkbox"/> ①日本看護協会会員 (会員番号) <input type="checkbox"/> ②所属機関が賛助会員 <input type="checkbox"/> ③賛助会員が推薦 |
| 推薦者の氏名・住所及び推薦者の署名・捺印(応募資格(2)の③に該当する場合のみ記載すること) 推薦者の氏名 住所 〒 TEL 推薦者の署名・捺印 印 |

(注) 必要事項については漏れなく記載すること。