

日米医学医療交流財団  
調査・研究助成申込書  
(B-1)

写真添付

氏名 ふりがな

( 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)

日米医学医療交流財団との関係

賛助会員入会済 入会年月 年 月

未入会

過去に本財団から受けた助成

有 ( 年 月 )

無

目的(調査・研究の名称、意義などが判るように)

日米医学医療交流財団  
調査・研究助成申込書  
(B-2)

計 画

1) 組織 (協力者氏名・所属・身分)

2) 期間・行き先

3) 経費明細

4) 期待される成果

日米医学医療交流財団  
調査・研究助成申込書  
(B-3)

公益財団法人  
日米医学医療交流財団

誓 約 書

アメリカ合衆国をはじめ諸外国において、医学医療の研修・調査・研究を行うに当り、下記の通り  
誓約いたします。

この誓約について約束不履行が生じた場合、助成金は全額返却致します

記

1. 医療従事者として、品性を欠く非常識な行動をとらない。  
医療過誤、交通事故などの賠償に関する保証を貴財団に要求しない。
2. 募集要項に記されている下記の報告を約束致します。

研修の結果報告書の提出

※ 提出方法は「成果報告書のご提出について」参照  
帰国後 1か月以内

3. 助成対象者に決定後、賛助会員に入会致します。  
(賛助会費・1口2万円)
4. 研修終了後はその成果を生かし、賛助会員として貴財団の活動を支援致します。
  - ・ 貴財団主催のセミナーや財団活動への協力等
  - ・ 帰国後の勤務先、所属身分・新住所等の報告
5. 助成金に対する使途明細書を提出致します。

現在勤務先名

年 月 日

所属身分

氏 名

印

## 渡航計画書

年月日	発着地名（国名）	訪問先	滞在日数	用務

【短期】一覧表作成の便宜のため、必要事項を日本語でご記入下さい。  
楷書でわかりやすくお願ひ致します。

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男・ \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

1) **現職**

機関名 \_\_\_\_\_ 所属身分 \_\_\_\_\_

2) **出身大学** \_\_\_\_\_ 卒業年度（西暦） \_\_\_\_\_ 年）  
又は**医療機関出身学校** \_\_\_\_\_ 卒業年度（西暦） \_\_\_\_\_ 年）

3) **出身大学院** \_\_\_\_\_ 修了年度（西暦） \_\_\_\_\_ 年）

4) **調査・研究項目**

5) **受入先** (英語でお書き下さい)

研修先施設名 \_\_\_\_\_

本人研修身分 \_\_\_\_\_

指導者名 (機関名・肩書) \_\_\_\_\_

6) **出発予定期日** 年 月 日 ~ 年 月 日

7) **調査・研究期間** 年 月 日

8) **推薦者** (2名の内、少なくとも1名は当財団賛助会員)

(1) 氏名 \_\_\_\_\_

機関名 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

(2) 氏名 \_\_\_\_\_

機関名 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

9) **TOEFL・TOEIC・IELTSの合格年月・点数**

TOEFL	年	月	日	点数	：	PBT	点、	・	CBT	点、	・	iBT	点
TOEIC	年	月	日	点数	：	点 / IELTS	年	月	日	点数	：	点	

助成要項(短期)セルフチェックリスト  
(氏名 )

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| (1) 申込書                         | <input type="checkbox"/> B-1<br><input type="checkbox"/> B-2    |
| (2) 履歴書                         | <input type="checkbox"/> 和文<br><input type="checkbox"/> 英文      |
| (3) 卒業証書の写し                     | <input type="checkbox"/>  |
| (4) 専門職種免許証の写し                  | <input type="checkbox"/>  |
| (5) 受け入れを証明する手紙                 | <input type="checkbox"/>  |
| (6) 推薦書                         | <input type="checkbox"/> 賛助会員<br><input type="checkbox"/> 非賛助会員 |
| (7) 誓約書                         | <input type="checkbox"/> B-3                                    |
| (8) TOEFL・TOIEC・IELTS の点数通知書の写し | <input type="checkbox"/>  |
| (9) 渡航計画書                       | <input type="checkbox"/>  |
| (10) 応募者一覧表作成用書式                | <input type="checkbox"/>  |
| (11) セルフチェックリスト                 | <input type="checkbox"/>  |

# 履歷書

年 月 日 現在

(氏名 )

### 特技、好きな学科など

本人希望記入欄 (留学中、国内での収入・海外での収入がある場合記入)

（四）在本办法施行前，已经取得《医疗机构执业登记证》的医疗机构，应当在本办法施行后，按照本办法的规定，重新申请登记。

\*既婚の方は下記にご記入、該当する欄に○をお願い致します

扶養家族数(配偶者を除く)	配偶者	配偶者の扶養義務
人	有 · 無	有 · 無