**令和6年度　海外医療視察研修 参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・日本語 | （姓）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 写真(3.5cm x 4cm） |
| 氏名・ローマ字パスポート表記 | （姓） | （名）　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日（西暦）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（　　　　　）歳 | 性別男　　・　　女 |
| 所属学群　　　　　　　　　　　　　　学類　　　　　　　　　　学年 | 学籍番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現住所 | Ｅメールアドレス（確実に毎日確認するもの） |
| 携帯電話番号 |
| 成績評価係数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊前年（2023年）度分のみで計算／学群1年生は2024年度春学期で計算点 　 ＊算出方法は別添を参考にすること |
| 外国語能力　 <https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/091/gijiroku/__icsFiles/afieldfile/2018/07/27/1407616_003.pdf>　「CEFR」参照のこと　A：初級／B：中級／C：上級　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平成30年3月　文部科学省作成） |
| 英語　　　　：□ 初級　　　□ 中級　　　□ 上級　／検定名：　　　　　　　　　　　スコア／レベル：　　　　　　　　その他　　　（　　　　　　　　　　　　語）：□ 初級　　　□ 中級　　　□ 上級　／検定名：　　　　　　　　　　　スコア／レベル：　　　　　　　　　 |
| ロシア語　　：□ 履修経験なし　□ 初級　□ 中級　□ 上級　／検定名：　　　　　　　　　スコア／レベル：　　　　　　　履修歴有りの場合　約　　　　　　年間　　　　　ヵ月　　（独学　約　　　　年間） |
| 参加を希望する理由をご記入してください。＊研修で達成したい目標を必ず含め、具体的にご記入ください。別紙も可。 |
| パスポートの有無　ある　　　・　　　ない　　　・　現在申請中　　　（いずれかに○）パスポートの有効期限（現在申請中の場合、発給見込み日）： |
| 申請者が当プログラムへ参加することを推薦いたします。　クラス担任（指導教員）名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |

**提出期限：2024年11月22日（金）16時／メール送付先：医学学群教務**igaku-kyoumu@un.tsukuba.ac.jp