**令和5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 | | |
| 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　　：初級　□　　中級　□　　上級　□　／検定名：　　　　　　　　　　　スコア／レベル：  履修歴　　　：履修有り　約　　　　　　年間　／　　履修経験なし | | | | |
| 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　　（どちらかを○）  パスポートの有効期限： | | | | |
| 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：2023年12月8日（金）16時／メール送付先：医学学群教務**[igaku-kyoumu@un.tsukuba.ac.jp](mailto:igaku-kyoumu@un.tsukuba.ac.jp)