短期国外研修願書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  ふりがな氏　　　名 |  | 写真を貼ること(上半身正面・無帽・無背景) |
|  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（満　　歳） |
| 研修テーマ |  |
| 勤　務　先 | (学校名) | ℡ －　　　－ |
| (所在地)〒 |
|  現　住　所 | 〒 | ℡ 　 －　　　－ |
| 携帯 －　　　－ |
|  所属長の 応募承諾 | 上記の者が，貴奨学会助成事業の短期国外研修に応募することを承諾します。 なお，短期国外研修生に決定した場合には，貴奨学会の計画に従って研修させることを承諾します。 　　　　　　　 年　 月　 日 学 校 名 校長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  公益財団法人上野カネ奨学会理事長　殿 　 私は，貴奨学会助成事業の短期国外研修に所属長の承諾を得て応募しますので， 選考のうえ採用くださるようお願いします。 　　　　　　年　　月　　日 　　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ |

履歴書

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏　　名** |  |
|  |
| **学　　歴** |
| 年 | 月 | 立 |  | 小学校卒業 |
| 年 | 月 | 立 |  | 中学校卒業 |
| 年 | 月 | 立 |  | 高等学校卒業 |
| 年 | 月 | 立 |  | 大学卒業 |
| 年 | 月 | 立 |  |  |
| **年 月** | **主　な　経　歴　　　（職歴・職名・研究発表等を含む。）** |
|  |  |  |
|  　上記のとおり相違ありません 　　　　　　　年　　月　　日 本人氏名 　　 ㊞ |

健康診断書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  |
| １身長 |  　 ． ㎝ | ７尿　検　査  | 尿蛋白　：尿潜血　：尿　糖　： |
| ２体重 |  　 ． ㎏ |
| ３視力 | 右　　　　左 |
| ４聴力 | 右　　　　　　　　　左 | ８胸部X線所見 |  |
| ５血圧 | 　　　　 ／ | ９心電図所見 |  |
| ６血液結果 | RBC :Hb :WBC :PLT :TG :LDL :HDL :BS : |
| 10【既往症】【他覚症状・自覚症状】 |
| 　　　年　　　月　　　日〔医療機関名〕〔医師名〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |