

平成29年度看護師・薬剤師・技師等  
海外研修助成金交付申請書

平成 年 月 日

公益財団法人がん研究振興財団 御中

申請者<sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_ 印

所属機関名 \_\_\_\_\_

所属部署 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

在職年数 \_\_\_\_\_ 年

〒 \_\_\_\_\_

所属機関住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

連絡先：電話 \_\_\_\_\_ (内線)

昼間の連絡先 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

1. 渡航目的

◇研修・習得

施設名

施設場所

研修指導者等

研究期間

研修・習得計画（具体的に記入すること）

平成29年度看護師・薬剤師・技師等  
海外研修助成金交付申請書

◇研究協議・施設調査

研究協議者・調査施設

実施期間

目的地

目的及び内容（具体的に記入すること）

2. 研修等に期待するもの（具体的に記入すること）

3. 渡航期間

自 平成 年 月 日～ 至 平成 年 月 日（ 日間）  
（離日 日 ～ 帰国日）

4. 他団体からの援助 有・無（○をつける）

5. 語学（会話）の能力

平成29年度看護師・薬剤師・技師等  
海外研修助成金推薦書

平成 年 月 日

推薦者  
住 所

所属施設

職 名  
氏 名

印

公益財団法人 がん研究振興財団  
理 事 長 堀 田 知 光 殿

看護師・薬剤師・技師等海外研修助成金の交付について次のとおり推薦いたします。

1. 研 究 者 所属施設  
職 名  
氏 名
2. 研修施設名及び主たる研修指導者等（もしくは調査施設名及び研修協議者）
3. 会話の能力（研修のための語学力）
4. 推薦理由

# 略 歴

<p>1. 氏 名(フリガナ)</p> <p>2. 生年月日 (年齢)</p> <p>3. 現 住 所 〒</p> <p>TEL</p>	<p>写真添付</p>
<p>4. 学 歴</p>	
<p>5. 職 歴</p>	
<p>6. 国内・海外研修への参加実績</p>	

# 略 歴

## 7. 学会発表・論文等の実績