

2019年度看護師・薬剤師・技師等
海外研修助成金交付申請書

年 月 日

公益財団法人がん研究振興財団 御中

申請者^{ふりがな}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）

2019年度看護師・薬剤師・技師等
海外研修助成金交付申請書

◇研修協議・施設調査

研修協議者・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 年 月 日 ～ 至 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

2019年度看護師・薬剤師・技師等
海外研修助成金推薦書

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 修 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

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

略 歴

7. 学会発表・論文等の実績