

医学部夏期集中医学英語研修プログラム助成申込書

ふりがな 氏 名 男 女 西暦 年 月 日生 (歳)
現住所 (自宅) 〒 TEL : FAX : E-mail :
在学大学名 学年 大学住所 〒 TEL : FAX :
* 選考の際必要となるので、点数通知のコピーを添付して下さい。 TOEFL : 点 (iBT, PBT) または、その他の英語運用能力試験結果 (名称: 点数・級:)
研修目的 : 医学英語やケースプレゼンテーションを集中的に上達させるだけでなく、 グローバルな視野を広げる機会を提供し、臨床留学や海外実習参加に必要な 能力を育成する。 研修場所 : Hawaii Tokai International College (HTIC) 91-971 Farrington Highway Kapolei, Hawaii 96707 USA
提出書類 : ①助成申込書 (様式 A) ②参加動機書 (様式 B) ③顔写真 ④英語運用能力試験結果 (Score Report や合格通知)