

公益財団法人日米医学医療交流財団
第14回アメリカ短期看護研修助成申請書

写真添付

フリガナ 氏名 (歳) 男 / 女 西暦 年 月 日生
現住所 (自宅) 〒 TEL (携帯): FAX : E-mail :
所属機関名 役職 所属機関住所 〒 TEL : FAX : E-mail :
医療機関出身学校 及び 最終学歴 (西暦年度)
応募動機・目的等 (できるだけ具体的に)
この研修をお知りになったきっかけを教えてください。
応募資格の要件チェック 該当する要件を選んで下さい。 <input type="checkbox"/> ①日本看護協会会員 (会員番号) <input type="checkbox"/> ②所属機関が賛助会員 <input type="checkbox"/> ③賛助会員が推薦
推薦者の氏名・住所及び推薦者の署名・捺印 (応募資格 (2) の③に該当する場合のみ記載すること) 推薦者の氏名 住所 〒 TEL 推薦者の署名・捺印

(注) 必要事項については漏れなく記載すること。

誓 約 書

公益財団法人 日米医学医療交流財団
会 長 清水 一功 殿

第14回アメリカ短期看護研修助成申請を行うにあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

助成要項に記載されている次のことを約束いたします。

- (1) 研修報告書の提出 (JANAMEF NEWSやホームページ掲載用)
 - * 所定様式、A4 (40字×30行位) 1枚程度
 - * 帰国後 1か月以内
- (2) 氏名、所属機関名、研修報告書について、JANAMEF NEWSや事業報告書に掲載することの了承
- (3) 財団主催のセミナーや財団活動への協力

年 月 日

現在勤務先名

役 職

氏 名

印