

聖マリアンナ医科大学  
聖医会奨学基金

《提出書類》

願 書	1 通
所属長の推薦状	1 通
業績集（著書、論文のみ 書式自由）	1 通
留学受け入れを証明する書類 （手紙のコピーなど）	1 通

《提出期限》

平成 2 5 年 1 月 3 1 日

《提出先》

聖医会事務局 教育棟 7 階 内線 3 9 0 5  
〒 2 1 6 - 8 5 1 1 川崎市宮前区菅生 2 - 1 6 - 1  
TEL ・ FAX 0 4 4 - 9 7 7 - 7 9 3 9  
E-MAIL seiikai@marianna-u.ac.jp

聖マリアンナ医科大学  
聖医会奨学金願書

氏名：	生年月日：19 年 月 日（才）	
聖マリアンナ医科大学	年入学	年卒業
現住所：〒		
電話番号：	FAX 番号：	
所属（名称） （役職） （住所）  （電話番号）	（FAX 番号）	
留学先：  目的：  期間：平成 年 月 から 平成 年 月 まで  所在地：		
現地での給与支給の有無： 無 有（約 万円/年） 日本での給与支給の有無： 無 有（約 万円/年） 現地での居住形態： 独身 単身赴任 家族同行（名）		
上記の通り、相違ありません  平成 年 月 日		
氏名	印	
保証人氏名 保証人住所	印	
保証人氏名 保証人住所	印	