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》

留学予定日の前年度１月末日

《提出先》

聖医会事務局　教育棟７階　内線３９０５
〒２１６－８５１１　川崎市宮前区菅生２－１６－１
TEL ・FAX　０４４－９７７－７９３９
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：　　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：	E-mail：
勤務先（名称） （役職） （住所） （電話番号）　　（E-mail）	
留学先： 目　的： 期　間：　　年　　月　から　　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 年　　月　　日	
氏　名　　印 保証人氏名　　印 保証人住所 保証人氏名　　印 保証人住所	