

博士課程教育リーディングプログラム

奨励金受給申請書

記入日： 年 月 日

学位プログラム名	グローバルな健康生命科学パイオニア養成プログラム HIGO																			
(フリガナ) 氏名											男・女									
	(自署又は押印)																			
ローマ字	First Name					Family Name														
生年月日 *西暦で記入						国籍														
学籍番号					-							個人番号 *事務局記入欄								
メールアドレス	@																			
現住所 連絡先	〒																			
	電話番号： 携帯電話番号：																			
在籍専攻 連絡先 ☑を付ける	専攻： <input type="checkbox"/> 医学教育部 医科学専攻(修士課程) <input type="checkbox"/> 薬学教育部 創薬・生命薬科学専攻(博士前期課程) <input type="checkbox"/> 医学教育部 医学専攻(博士課程) <input type="checkbox"/> 薬学教育部 医療薬学専攻(博士課程) 研究室名： 学年：1年 内線番号：																			
奨学金等 支援型助成 受給の有無 ☑を付ける	●日本学生支援機構奨学金(JASSO)： <input type="checkbox"/> 有( 月まで受給予定) <input type="checkbox"/> 無																			
	●外国人留学生に対する奨学金： <input type="checkbox"/> 有( 月まで受給予定) <input type="checkbox"/> 無 (受給中の奨学金の名称： )																			
	●日本学術振興会特別研究員(DC)への応募・採択状況： <input type="checkbox"/> 採択( 年 月より採用予定) <input type="checkbox"/> 応募予定 <input type="checkbox"/> 補欠 <input type="checkbox"/> 応募中 <input type="checkbox"/> 不採択 <input type="checkbox"/> 該当なし																			
	●TAの雇用状況： <input type="checkbox"/> 雇用中(雇用期間 月まで) <input type="checkbox"/> 該当なし																			
	●RAの雇用状況： <input type="checkbox"/> 雇用中(雇用期間 月まで) <input type="checkbox"/> 該当なし																			
	●アルバイトの雇用状況： <input type="checkbox"/> 雇用中(雇用期間 月まで) <input type="checkbox"/> 該当なし																			
*記入日時点	●その他に受給している奨学金等(複数件ある場合は、別紙に記入してください) 機関名： 名称： 受給期間： 受給金額： 辞退届の提出： 提出済 ・ 未提出																			

Program for Leading Graduate Schools

# Scholarship Application Form

Date: (month)/ (day)/ (year)

Program	HIGO(Health Life Science: Interdisciplinary and Glocal Oriented) Program											
Name (Furigana)	(Signature or Seal)										Male/Female	
First, Family Name	First Name					Family Name						
Date of Birth	mm/	dd/	yyyy		Nationality							
Student Number			-				Personal ID (For office use only)					
E-Mail	@											
Address, Contact information	〒 Phone: Cell Phone:											
Affiliation, Contact Information Make a <input checked="" type="checkbox"/> mark	Affiliation: Graduate School of Medical Sciences; <input type="checkbox"/> Graduate School of Medical Sciences (Master Course) <input type="checkbox"/> Graduate School of Medical Sciences (Doctoral Course) Graduate School of Pharmaceutical Sciences; <input type="checkbox"/> Pharmaceutical and Life Sciences (Master Course) <input type="checkbox"/> Pharmaceutical and Life Sciences (Doctoral Course) <input type="checkbox"/> Clinical Pharmacy(Doctoral Course) Department: Grade: Ext.:											
Other scholarships Make a <input checked="" type="checkbox"/> mark  *as at the date of filling out	●JASSO Scholarship: <input type="checkbox"/> yes(receive until_____) <input type="checkbox"/> no											
	●scholarship for foreign students: <input type="checkbox"/> yes(receive until_____) <input type="checkbox"/> no (Name of the scholarship: )											
	●Applying and acceptance situation for the JSPS Research Fellow(DC): <input type="checkbox"/> adopted(scheduled to be adopted by_____) <input type="checkbox"/> schedule to apply <input type="checkbox"/> adopted to fill vacancies <input type="checkbox"/> currently applying <input type="checkbox"/> not be adopted <input type="checkbox"/> not applicable											
	●employment as a TA: <input type="checkbox"/> currently employed(employed until_____) <input type="checkbox"/> not applicable											
	●employment as a RA: <input type="checkbox"/> currently employed(employed until_____) <input type="checkbox"/> not applicable											
	●other part time jobs: <input type="checkbox"/> currently employed(employed until_____) <input type="checkbox"/> not applicable											
	●other scholarships(If you receive some scholarships, please use another paper) Organization: Scholarship name: Period: Amount of money: Notice of decline: submitted ▪ not submitted											