**申 請 書**

**永井・小西奨励賞**

申請日：　　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| (1) |
| 申請者氏名（フリガナ） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (申請者署名又は押印) |
| 所属連絡先所在地電話E-mail Address指導教員名・所属 |  |
| 参加する国際会議（英・和文記入） | FIP / IPSF / FAPA / AFPS:フルネームで記入して下さい。記載以外の国際会議での発表は，学生であっても、Travel Grantへ応募して下さい。 |
| 日程、会場などURL |  |
| 申請者の略歴 | 生年月日： |
| 大学卒業(在学)年次薬剤師資格(大学院学生の場合)英語能力 | TOEIC(　 )点, 　TOEFL(　 )点, 英検( 　 )級,その他、英会話の能力を判断できる資料（留学経験など） |
| 助成希望金額と主たる使途 | 旅費：学会参加費：宿泊費等：その他：　　　　　　　　　　　希望合計金額：　　　 |
| １）申請目的（参加する国際会議の概要・海外からの参加者数等記入、申請者の行動）２）その他（申請者自身のクラブ活動，ボランティア活動，海外経験等、自由に記入して下さい。）(書ききれない場合は次ページを作成し記入してください) |

添付書類： (2)申請の目的・抱負（和文および英文各１ページ以内、書式自由）、(3)推薦書（薬学部長・学科長又は薬科大学長、A4で１ページ以内、形式自由）、(4)推薦書（推薦者は指導教授が望ましい。英語能力の評価を含む。A4で１ページ以内、形式自由）、(5)招聘状・サーキュラー・プログラム等、その他の参考資料

作成するとき、説明文（赤字）は消去して下さい。

 添付書類

(2)　申請の目的・抱負

|  |
| --- |
| （和文および英文各１ページ、形式自由）氏名： |

(3)　推薦書（薬学部長・学科長又は薬科大学長、A4で１ページ以内、形式自由）

|  |
| --- |
| 公益財団法人永井記念薬学国際交流財団 　選考委員長 殿年　　月　　日　＜＜推薦者名、所属、住所、電話番号、E-mailアドレス、印（署名）＞＞推薦書必要事項記入後、赤字は消去してください。 |

(4)　推薦書（推薦者は指導教授が望ましい、A4で１ページ以内、形式自由）

|  |
| --- |
| 公益財団法人永井記念薬学国際交流財団 選考委員長 殿年　　月　　日　＜＜推薦者名、所属、住所、電話番号、E-mailアドレス、印（署名）＞＞推薦書（（申請者との関係、推薦理由、申請者の英会話能力に関する所見などを記述してください））必要事項記入後、赤字は消去してください。 |