

応募者情報

申 込 日	西暦 年 月 日			
フリガナ				
氏 名				性別
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	国籍	
住 所	〒 -			
電話番号				
携帯番号				
メ ー ル				

所属先情報

所属大学			学年	
連 絡 先	部署名		担当者	
住 所	〒 -			
電話番号				
FAX				
メ ー ル				

緊急連絡先

フリガナ				
氏 名				
住 所	〒 -			
電話番号				
携帯番号				
メ ー ル				

英語能力情報

IELTS 成 績	Overall		L		R		W		S	
取 得 日	西暦 年 月 日				取得場所					
TOEFL iBT	Overall		L		R		W		S	

研修先希望

希 望 科	第 1		第 2		第 3	
-------	-----	--	-----	--	-----	--

下記にチェックをして下さい。

☐ 臨床実習採択者は本会ホームページおよび年次協議会・講演会等で帰国後の報告を行う。

パスポート情報

姓 (SUR NAME)	名 (GIVEN NAME)	国 籍
パスポートNo. (PASSPORT No.)		有効期限 (Date of Expiry)
		年 月 日

応募理由

--

留学の目的

--

将来の目標

--

海外留学もしくは滞在歴

期 間			
国			
理 由 ・ 目 的			

留学予定

期 間			
国			
理 由 ・ 目 的			



リーズ大学医学部臨床実習留学 履歴書

フリガナ	
氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日
年 齢	
国 籍	
性 別	

写真

学歴

年	月	学歴（高校卒業年より記載）

職歴

年	月	職歴（アルバイトなど記載）

免許等

年	月	免許・資格

自己PRについて

現在の勉学への取り組みについて

課外活動について

興味のある学科や研究について

審査委員に対するメッセージがあればご記入ください。