様式第1号

記入日20 　 年　　月　　日

**一般社団法人日本ハンドセラピィ学会　留学支援事業**

**20 年度　留学支援　申請願書**

一般社団法人日本ハンドセラピィ学会

理事長　西村誠次　様

申請者所属先

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　＊自筆ならびに押印ください．

　「20　　年度日本ハンドセラピィ学会海外留学予定者に対する留学支援事業」について，支援金の交付を申し込みます．なお，採択された場合，氏名や留学先などを会員ニュースや学会HP上等で公表することに同意します．

1. 留学先
2. 留学期間　20　　年　　月　　日から20　　年　　月　　日まで
3. 留学予定者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 所属先 |  |
| 連絡先住所（自宅　・　所属先）＊どちらかに○をつけてください | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 会員番号・正会員歴 | * 年
 |
| 会員支援制度にて支援された経験 | 有（20　　　年度　　　　　　　　制度）　　・　　無＊どちらかに○をつけてください |

＊会員支援制度とは現在は，研究助成制度と留学支援制度を指します．