

写真

**熊本大学発生医学研究所**

**インターンシップ学生受入プログラム申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | (姓) | | (名) | |
| 国籍 |  | | | |
| 生年月日 |  | 性別 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 現住所 |  |
| 連絡先及び電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 最終学歴 |  |
| 学位 |  |
| 卒業・修了(見込み)年月日 | 卒業・修了(見込み)　　　年　　月　　日 |

希望する指導ＰＩ(主任研究者)

|  |  |
| --- | --- |
| 主 | 副 |

インターンシップ希望期間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開始日 | ～ | 終了日 |

興味を持っている研究テーマや発生医学研究所で達成したいこと(できる限り詳細かつ具体的に)を記載して下さい。適宜、記載欄を広げて下さい。

|  |
| --- |
|  |

旅費の申請について

※旅費及び滞在費の全部又は一部を支援することができます。所属する大学等からの補助の状況(全額または一部補助、補助なし等)を記入の上、発生医学研究所からの旅費及び滞在費の支援を希望する場合は、その所要額を記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |

他のインターンシップへの申請状況

□有 □無

|  |
| --- |
| 【有の場合当該インターンシップ名を記入して下さい。】 |

【ＰＩの所見】

|  |
| --- |
| ※この欄には記入しないで下さい。 |

この申込書に記載された個人データは、プログラムの実施のみに使用します。

**履　歴　書**

**氏名:**

**連絡先情報:**

**住所:**

**電話番号／携帯番号:**

**E-mail:**

**生年月日:**

**国籍:**

**性別:**

**教育について**　\*高校までは含めず、大学等以上の教育について記載して下さい。

専攻及び取得学位、大学名、所在地、卒業・修了年月日を記載して下さい。

**職歴**

職位及びその職務について、最新のものから年月を付して順番に記載して下さい。

**その他取得資格**

コンピュータスキル、語学など特記すべき資格をお持ちでしたら記載して下さい。