**2023年度聖マリアンナ医科大学**

**ダイバーシティ英語論文作成費助成制度応募申請書**

申請年月日　西暦　　　　　年　　　月　　　日

ダイバーシティ・キャリア支援センター長　　殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募者氏名 | ふりがな | 印 | 性　　　別 | 男　・　女 |
| 所属 |  | 職　　　位 |  |
| 年　　　　齢 |  | 歳 | 職員番号 |  |
| 子の年齢(学年)\*ライフイベント中の方のみ |  | 歳 | ( |  | 年生） | 内線/PHS |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　　@ |

|  |  |
| --- | --- |
| 投稿論文題名(論文種類は該当するものを〇で囲んでください) | （英語）(論文種類 :　原著 ・　症例報告　・　総説　) |
| 著者名(論文記載の順に全共著者を記入し、筆頭著者に下線、責任著者に二重下線をつけること) | （英語） |
| 投 稿 誌 名 | （英語） |
| 論文の概要(200字程度) | （日本語） |
| ライフイベントにおいて努力している点　＊ライフイベント中の方のみ、家事や育児と研究との両立において努力している点を記述してください。(150字程度) |  |
| 投稿結果の分かる時期 | 西暦 |  | 年 |  | 月頃 | 助成希望額 | 　　　　　　　　　 | 円 |
| 依頼先 | 会社名 |  | 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 所属長の承認 | 所属長氏名　 |  | 印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 運営委員会 | 審査 | 受付 |
|  |  |  |