

申請日：平成 年 月 日

横浜市立大学長

平成 30 年ハワイ大学医学部 Summer Medical Education Institute 願書

i 基本事項

ローマ字 (パスポートどおり)	生年月日 (西暦)
(氏名)	
学部 学科 年	学籍番号

※下宿等の方は、実家の住所もあわせて記入してください。

(現住所) 〒	(電話番号・携帯番号)
(実家等) 〒	
メールアドレス i YCU メール ii その他よく見るメール	

ii 語学力・海外経験等

語学力 (スコアと取得日を明記)	海外経験
スコア：	時期・期間
取得日：	場所・内容

iii 過去に本学からの海外派遣に関する補助金受領の有無

なし あり

ありの場合 (時期： 海外派遣先：)

IV パスポート等 なし あり (以下も記入)

発行国	パスポート NO	有効期限

V 応募動機

スペースが足りない場合は、A4用紙を別添する。