申請日：　　年　　月　　日

横浜市立大学長

**海外派遣プログラム 併願状況報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| ローマ字 | 生年月日 |
| 氏　名（フリガナ） |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医学部　　医学科　　　　　年 | 学籍番号 |
|  |

他の海外派遣プログラムとの併願について、希望順位の高いものから順番に大学名を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望順位 ※ | 併願を希望する派遣先大学名 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |

【併願にあたってのルール】

* 併願できる派遣先は最大3つとする。
* 併願者はそれぞれの派遣先の選考に参加することとする。
* 選考は派遣先ごとに行う。選考では応募者に順位付けを行い、上位の者から合格とする。
* 同一の応募者が複数の派遣先で合格となった場合は、希望順位の高い派遣先を合格とする。
* 空席の生じた派遣先では選考順位が次点の者を繰り上げて合格者とする。