令和　　　年　　 月 　　 日

公益財団法人小林財団

理事長　小　林　一　雅 　殿

医学部生育成支援プログラム申請書

貴財団による医学部生育成支援プログラムに申請いたします。

（フリガナ）

氏　名：

本　籍： 　 生年月日 年　 　月　 　日（　 　歳） □男 ・ □女

　現住所：〒

　電 話:　　　　　　　　　　　　　　 E-mail：

大学及び学科名：　　 東京大学　医学部医学科進学予定（現：教養学部　理科三類）

　所在地：〒113-0033 東京都文京区本郷7－3－1　MD研究者育成プログラム室

電 話:　　03-5841-0476　　　　　　　 E-mail： utmdres-admin@m.u-tokyo.ac.jp

　指導教員：氏　名 職 名

（未定の場合は空欄可）

電 話:　　　　　　　　　　　　　　 E-mail：

|  |
| --- |
| 写真（カラー）（５×４cm）上半身の写真（3か月以内に撮影のもの）裏面に氏名を書いてのりで張り付けること |

　　　　　　　　　　　　履　　　歴　　　書

氏　　名：

生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日 （　　　　歳）

　１．学　歴 (高校より記載） 　　　　　　　学　校　名　 　 　 所在地（都・道・府・県・市）

　　　　　年　　月 ～ 　　　年　　月

　　　　　　　　　 ～

　　　　　　　　　 ～

　　　　　　　　　 ～

　２．職　歴　　　 　　　　　　　　　　 　勤務先名

　　　　　年　　月 ～ 　　　年　　月

　　　　　　　　　 ～

　　　　　　　　　 　　　　　年　　　月　　　日　　署　名:　　　　　　　　　 　　印

作文： 「基礎医学研究者を志す目的と意義」

（文字サイズ：12ポイント、1頁に記載すること）

　　　申請者氏名：