別紙様式第１号Form 1

キャンパス間連携プログラム奨学金申請書

Application for Intercampus Collaborative Program Financial Support

（令和　　年度　前期・後期）

(AY20 First Semester・Second Semester)

令和　　年　　月　　日

Date

島根大学長　殿 To President of Shimane University

学部・研究科名

Faculty/Graduate School

学科・専攻名

Department/Major

学生番号

Student No.

申請者氏名

Name

下記のとおり申請します。

I hereby apply for the intercampus collaborative program financial support.

記

|  |
| --- |
| １　連携プログラムの研究題目 Research theme under intercampus collaborative program |
| 　 |
| ２　所属する学部・研究科以外のキャンパスで研究等を必要とする理由 Reason why the research needs to be conducted at a campus other than your own faculty/graduate school |
|  |

|  |
| --- |
| 申請者の連絡先 Applicant's Contact |
|  |
| 住所 Address |
|  |
| 電話番号 Phone：　　　　　（　　　　） |
| E-mail： |

研究指導教員確認Supervisor 　　　　　　　　　 　　　　　　印