**日中笹川医学奨学金項目研究者受入れ同意書（学位専攻型）**

**中日笹川医学奖学金项目研究者同意接收函（攻读学位型）**

1. **個人情報(个人信息)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名(姓名) | 簡体字(汉字) | 姓 |       | 名 |       |
|  | ﾋﾟﾝ音(汉语拼音) | 姓 |       | 名 |       |
| 性別 | [ ] 男・[ ] 女 | 生年月日(生日) | 19  年  月  日 |
| 単位名称(单位名) |       |
| 部署名(科室名) |       | 役職(职称)      |

**二. 専攻博士の種類を選んでください（请选择攻读博士类型）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類（类型） | 研究先・名称（日方研究单位名称） | 研究開始時間（研究开始时间） |
| 論文博士（论文博士） |  | 2019年4月 |
| 課程博士（课程博士） |  | 2019年 月大学院入学予定 |
| 研究テーマ(研究题目)      |

**三.日本側指導教官は上記申請者を受け入れるかどうかのご署名をお願いします。その他のコメントがあれば、詳細に書いてください。**

**（请日方导师签字表明是否同意接收上述申请者？如有其他建议请详细注明）**

|  |
| --- |
| 上記申請者が日中笹川医学奨学金研究者第41期生（学位取得コース）として合格した場合には、日中笹川医学奨学金制度研究者として受入れ、指導教官を引受けることに同意します。(中文)     受入に関するコメント（英語で記載してください）：所属機関：部署：役職E-mail:指導教官の署名（日方导师签名）2018年 月 日 |