**Application Form for “Job Shadowing Training” for Female Researchers**

**2019年度 上位職を目指す女性研究者のためのメンタリング・シャドウイング研修支援事業SP申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| **Applicant 申請者情報** | |
| Affiliation/Position/Name  所属・職・氏名 |  |
| Contact information  連絡先 | Extension 内線:  E-mail: |
| **Your desired mentor 希望するメンターの情報** | |
| Affiliation/Position/Name  メンターの所属・職・氏名 |  |
| Contact information  連絡先 | TEL:  E-mail: |
| Desired training period  研修期間 |  |

### **研修を希望する背景、研修に対する意欲　Background to apply “Mentoring and Shadowing training” and your motivation**

### **研修で得たい知見 What you want to obtain through the training**

## 所属する研究室等の長による申請確認/ Confirmation of application by the leader of the organization (laboratory or the group or the institution) you belong to

支援対象者が研究室代表ではない助教，講師，准教授（特任含む。）の場合，所属する研究室等の長の確認が必要です/ If the applicant is not the representative of the laboratory, the approval of the application by the organization leader is required.

**確認者/** **Leader of organization**

所属/Affiliation：

職名/Position：

氏名/Name：

●上記申請について確認済み（チェック）/ Approval of the application (check)　　