**2024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**

**FY202****4 “Mentoring & Job Shadowing Training” for Female Researchers**

**申請書 / APPLICATION FORM**

|  |
| --- |
| 申請責任者情報 / APPLICANT |
| 所属・職位・氏名Affiliation/Position/Name |  |
| 連絡先Contact Details | 内線Extension：E-mail: |
| 希望するメンターの情報/Your desired mentor |
| メンターの所属・職位・氏名Affiliation/Position/Name |  |
| 連絡先Contact Details | 電話番号Telephone：E-mail: |
| 研修期間Desired training period |  |
| 研修を希望する背景と目的　Background and Purpose to apply “Mentoring and Shadowing training” |
| *研修に対する意欲が伝わるように記載してください。**Please include your passion to the training.* *研修の成果を踏まえての将来展望、キャリアプラン等について記載してください。**Please describe your future outlook and career plans based on the results of the training.* |
| 得たい知見と研修内容 /Knowledge to be gained and contents of training |
|  |
| 旅費の支援について / Support for travel expenses |
| 旅費の支援を希望しますか？該当するほうに〇をつけてください。Do you desire support for travel expenses? Please select YES or NO.希望する　　しない/　 YES 　　No |
| 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)　　[ ]   |