**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) | |