

留学届

年 月 日

公益財団法人 西川記念財団

代表理事 西川 正洋 殿

(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(奨学生番号: -)

電話番号 _____

下記のとおり留学します。

◆該当する事項に 印を付け、必要事項を記入してください。

学 校 名	大学	学部	学科	学年
留 学 先	国名	学校名		
		所在地		
留学先での資格・身分	<input type="checkbox"/> 正規の学生	<input type="checkbox"/> 研究生	<input type="checkbox"/> 聴講生	<input type="checkbox"/> その他 _____
留学目的	<input type="checkbox"/> 学位取得	<input type="checkbox"/> 単位取得	<input type="checkbox"/> 語学研修	<input type="checkbox"/> その他 _____
留学期間	年	月	日 ~	年 月 日
留学期間中の 国内在籍学校での 扱い	学籍上の身分	<input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 休学 (休学期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 在学(学籍異動のない在学中) <input type="checkbox"/> その他 _____		
	授業料の納付	<input type="checkbox"/> 全額 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 不要		
留学先での 取得単位の取扱	<input type="checkbox"/> 単位互換制度あり <input type="checkbox"/> 帰国後、個別認定 <input type="checkbox"/> 単位認定なし <input type="checkbox"/> その他 _____			

上記の願出を適当と認めます。

(学校の証明)

年 月 日

学校名

学校長 _____

印