研修病院見学支援助成金申込書

福井県臨床研修病院連絡協議会　あて

（メールアドレスiryou@pref.fukui.lg.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ふりがな氏　名 | 　　 |
| 現住所 | 　　 |
| 電話番号 | 　　 |
| メールアドレス | 　　 |
| 在学中の大学 | 大学名 | 　　　　　　　　　大学 |
| 所在地 | 　　　　　　　　　都・道・府・県 |
| 学年 | 　　　　　　　　　年 |
| この制度を　　知ったきっかけ | □　合同説明会　　　□　見学先病院から□　友人・知人から　□　その他（　　　　　　　） |
| 宿泊日 | 令和　年　月　日　　　～　　月　日（　　泊） |
| 見学病院①・見学予定日時 |  |
| 令和　年　月　日　　時　～　　月　日　　時 |
| 見学病院②・見学予定日時 |  |
| 令和　年　月　日　　時　～　　月　日　　時 |
| 見学病院③・見学予定日時 |  |
| 令和　年　月　日　　時　～　　月　日　　時 |
| 助成金の　　　　振込口座 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　店口座種別　　普通・その他（　　　　　　　）口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　●助成金は見学された嶺南の病院より振込みます。　このため、振込口座の情報を協議会より嶺南の病院担当者へ共有させていただきます。 |

提示書類　本人確認書類（学生証の写し）

　　　　　通帳の写し（振込先の情報が分かるページ）