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）