

様式第 1 号

院長	局長	部長	経理課長	経理課 担当	次長兼 総務課長	総務課 担当

医学生等の病院見学に係る交通費助成申請書兼請求書

兵庫県立丹波医療センター 院長 様

医学生等の病院見学に係る交通費助成規程第 3 条の規定に基づき、下記の通り助成を行いたく申請し、助成金を請求します。

申請年月日 令和____年____月____日

申請者（助成対象者）

大学名等 _____ 大学 医学部 _____ 年（令和____年卒）

氏名 _____ 性別 男・女

見学期間 令和____年____月____日から令和____年____月____日まで

見学診療科 _____ 科

助成金額 3,000円（口座振替）

振込口座

金融機関名	銀行(金庫)						支店
預金種別(○で囲む)	1 普通・総合		2 その他 ()				
口座番号(※)							
口座名義(ふりがな)	()						

※口座番号は振込用口座番号(7桁)を記入ください。