**砂川市立病院見学等旅費助成金申請（請求）書**

令和　　年　　月　　日

砂川市立病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請（請求）者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請（請求）者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり、砂川市立病院見学旅費助成金（□北海道内大学等5,000円・□北海道外大学等10,000円）

の支給を申請（請求）します。

**太枠内を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | （　　　　　　　　　　　　　） | 在籍（出身）大学又は学校 | 大学　　　年　学校　　　年　（卒後　　 年） |
| 見学者氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　　　）　　　　― |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 助成金申請額 | 　　□北海道内大学5,000円　　□北海道外大学10,000円 |
| 見学等した病院 | 砂川市立病院 | 診療科名 | 　　　　　　　　　　　　　科　　□採用試験 |
| 見学等日程 | 令和　　　年　　　月　　　日　から令和　　　年　　　月　　　日　まで |
| 振込先（※） | 金融機関名及びコード | 銀行　金庫　　　　　店組合　農協　　　　　所 | 金融機関コード | 店　　番 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 預金種別 | １　普通２　当座 | （フリガナ）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰記入） |

※振込先の口座名義人は、申請（請求）者氏名と一致させてください。

（申請（請求）者の方へ）

１　砂川市立病院見学旅費助成制度の説明

　　原則、日本国内に居住する北海道内外の医学生等が、砂川市立病院を見学・実習した場合に、当院が旅費の一部を助成するものです。（原則、年２回まで助成。所属大学の当院での実習及び採用試験受験等は別途）

【対象者】

　　　　砂川市立病院を見学する北海道内外の大学医学部医学生等

【助成金額】

　　　　北海道内大学等5,000円・北海道外大学等（原則２日以上の見学）10,000円

２　申請（請求）方法等

　　助成金給付申請（請求）書に必要事項を記入のうえ、当院に提出してください。当院の見学終了後、指定口座へお振込みいたします。