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（北海道内外大学等 5,000 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	北海道内外大学　5,000 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】

北海道内外大学等　5,000 円（原則２日以上の見学等）

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。