地域医療研修者支援事業申込書

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

（FAX 088-855-5881／e-mail info@kochi-mrr.or.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな氏　名 |  |
| 現住所 |  |
| 所　属 |  |
| 研修期間 | 平成　年　月　日　～　平成　年　月　日 |
| 研修医療機関 |  |

地域医療研修者支援事業研修報告送付表

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

（FAX 088-855-5881／e-mail info@kochi-mrr.or.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな氏　名 |  |
| 現住所 |  |
| 所　属 |  |
| 研修期間 | 平成　年　月　日　～　平成　年　月　日 |
| 研修医療機関 |  |
| 診療所研修期間 |  |
| 診療所名 |  |
| ＨＰ掲載時の氏名等の公表（どちらかに○印を） | 所属病院の公表　　　　　希望する・希望しない氏名の公表　　　　　　　希望する・希望しない研修病院・診療所の公表　希望する・希望しない |
| 助成金の　　　　振込口座 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　店口座番号　　　　　　　　　　　　　　　　　口座名義　　　　　　　　　　　　　　　　　 |