令和６年度医学生地域医療実習支援事業助成申込書

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

※申込はメール（info@kochi-mrr.or.jp）またはFAX（088-855-5881）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ふりがな | 　　　 |
| 氏　名 | 　　 |
| 現住所 | 　　 |
| 所　属 | 　　 |
| 実習等の期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 実習先等の機関名 |  |
| 実習等の目標 |  |
| 必要経費の積算 |  |

※支援対象経費例　交通費、高速道路使用料、宿泊費、書籍購入費（１万円を上限とする）、傷害保険料　等

令和６年度医学生地域医療実習支援事業 研修報告及び領収書送付表

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

※申込はメール（info@kochi-mrr.or.jp）またはFAX（088-855-5881）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ふりがな | 　　　 |
| 氏　名 | 　　 |
| 現住所 | 　　 |
| 所　属 | 　　 |
| 実習等の期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 実習等の機関 | 　　 |
| 必要経費の内訳 | ※別途、領収書を郵送またはメールにより提出してください。 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |