

様式第 1 号

病院長	副院長	部長・ 事務長	課長	課長補佐	係長	係

看護職・医療技術職の病院見学等に係る交通費助成申請書兼請求書

病院長 様

看護職・医療技術職の病院見学等に係る交通費助成規程に基づき、下記の通り申請し、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）

氏名 \_\_\_\_\_ ④ 性別 男・女

対象職種 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_ 卒業見込年 \_\_\_\_\_年

見学期間 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日から令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日まで

見学病院（全て記入） \_\_\_\_\_

出発地 (名称) \_\_\_\_\_ (住所) \_\_\_\_\_

帰着地（出発地と異なる場合のみ記入）

(名称) \_\_\_\_\_ (住所) \_\_\_\_\_

別途、支払金口座振替請求書への助成対象者による記載・押印が必要です。