研修病院見学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

　（FAX　088-855-5881　／Eメールアドレスinfo@kochi-mrr.or.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな  氏　名 |  |
| 現住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所　属 |  |
| 見学病院①・  見学予定日時 |  |
| 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |
| 見学病院②・  見学予定日時 |  |
| 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |
| 見学病院③・  見学予定日時 |  |
| 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |
| 見学病院④・  見学予定日時 |  |
| 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |

研修病院見学支援事業報告書（病院で受付印をもらわない場合）

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

（送付先　〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20　高知県庁本庁舎内

一般社団法人高知医療再生機構／ FAX　088-855-5881）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな  氏　名 |  |
| この制度を  知ったきっかけ | □　合同説明会　□　機構ＨＰ　　□　友人・知人から  □　その他（　　　　　　　）※該当箇所に「レ」すること。 |
| 見学病院を  選んだ理由 |  |
| 病院の感想  （記入いただいた  内容は病院には  送付しません） |  |
| 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 |

研修病院見学支援事業報告書（病院で受付印をもらう場合）

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

（送付先　〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20　高知県庁本庁舎内

一般社団法人高知医療再生機構／ FAX　088-855-5881）

※３病院以上を見学する場合にはこの用紙をコピーして使ってください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 平成　　年　　月　　日 |
| ふりがな  氏　名 |  |
| この制度を  知ったきっかけ | □　合同説明会　□　機構ＨＰ　　□　友人・知人から  □　その他（　　　　　　　）※該当箇所に「レ」すること。 |
| 見学病院名 |  |
| 見学日時 | 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |
| 見学病院の  受付印等押印欄 |  |
| 見学病院名 |  |
| 見学日時 | 平成　年　月　日　　時　～　　　月　日　　時 |
| 見学病院の  受付印等押印欄 |  |
| 見学病院を  選んだ理由 |  |
| 病院の感想  （記入いただいた  内容は病院には  送付しません） |  |
| 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 |