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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |