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

（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 |  |
| 実習等の期間 | 平成　年　月　日　～　平成　年　月　日 |
| 実習等の機関 |  |
| 実習等の目標 |  |
| 必要経費の積算 |  |

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

（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 |  |
| 実習等の期間 | 平成　年　月　日　～　平成　年　月　日 |
| 実習等の機関 |  |
| 必要経費の内訳 | ※別途、領収書を郵送してください。 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |