令和６年度地域医療研修者支援事業申込書

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 | 　　 |
| 地域医療研修期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 地域医療研修医療機関 |  |

令和６年度地域医療研修者支援事業研修報告送付表

一般社団法人　高知医療再生機構　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 　令和　年　月　日 |
| ふりがな | 　　 |
| 氏　名 | 　　 |
| 現住所 | 　　 |
| 所　属 | 　　 |
| 地域医療研修期間 | 令和　年　月　日　～　令和　年　月　日 |
| 地域医療研修医療機関 | 　　 |
| ＨＰ掲載時の氏名等の公表（希望する方にチェックをしてください） | 所属病院の公表　　　[ ] 希望する・[ ] 希望しない氏名の公表　　　　　[ ] 希望する・[ ] 希望しない研修病院の公表　　　[ ] 希望する・[ ] 希望しない |
| 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（カタカナ）　　　　　　　　　　　　　 |