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](mailto: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） |