（様式２）

福島県臨床研修病院ネットワーク

ふくしま“絆”医学生臨床実習助成請求書

|  |
| --- |
| 福島県臨床研修病院ネットワーク連絡会議　御中　　ふくしま“絆”医学生臨床実習助成について、次のとおり請求いたします。　　　令和　　年　　月　　日 |
| 請求者 | 医学生氏名 | 　　　　　　　　　印 |
| 大学名・学年 | 　　　　　　　学年 |
| 住所 | （〒　　　　　） |
| Ｔ　 Ｅ　 Ｌ |  |
| 臨床実習病院名 |  |
| 臨床実習期間 | 令和年 　月　　日 ～ 令和　 年 　　月 　　日 |
| 助成請求金額 | 　　　　　５０，０００円 |
| 送金口座（注） | 銀行名 |  |
| 支店名 |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義（漢字） |  |
| 口座名義（カナ） |  |
| 受入実習病院の証明 | 　上記医学生の当院での臨床実習を証明します。　　　　　　　病院長　　　　　　　　　　印 |

（注）支払先確認のため、**口座名義及び口座番号がわかる資料（写し）**を併せて

提出すること。