



申請の流れ

1

事前にお問い合わせフォームまたは、電話かメールで見学希望診療科・見学日を相談ください。
見学希望診療科と調整のうえ、対応できる日をお返事します。
※支給対象者：本院での臨床研修を検討している他大学医学部生

2

見学日が決まりましたら、「エントリーシート」を郵便、FAXまたはメールで、
福島医大 医療人育成・支援センターまでお送りください。

3

見学日に合わせ、宿泊ホテル、切符の手配をしてください。
(前後の宿泊も助成の対象になります。実家、友人等宅の宿泊費は対象外です。)
※助成金額は福島医大の規程により交通費、宿泊費等を計算し、3万円を上限とします。
※お一人、各年度に1回まで。

4

見学日：目的の診療科で研修について色々と質問してみてください。

5

見学後：見学お疲れ様でした。見学はいかがだったでしょうか？
「見学アンケート」を御提出ください。(後日でも可：10日以内に御提出ください)

6

助成金振込：アンケートを受け取った後、御指定の口座に振り込みます。
※1ヶ月程度お時間をいただきます。



まずはご連絡ください!!



024-547-1712



cmeacd@fmu.ac.jp

担当 臨床医学教育研修センター/医療人育成・支援センター 渡邊

HPIはこちら





福島県立医科大学附属病院

病院見学助成エントリーシート

申込日	令和 年 月 日		
住 所	〒 ー (都道府県) (市区町村) 番 号 [建物名・号室]		
【出身地】	【 (都道府県) (市区町村) 】		
氏 名	ふりがな		
大学名	大学 年		
連絡先	電話番号		
	E-mail (携帯不可)		
見学予定日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
見学予定診療科名			
助成金振込口座 ※見学者本人の名義 のもの（ゆうちょ 銀行も可） ※正確に御記入くだ さい	銀 行 名	銀行	支店
	口座種別	普通・その他（ ）	
	口座番号		
	フリガナ 口座名義	フリガナ	
その他			

※FAXまたはメールでの提出でも構いません。

(FAX : 024-547-1715 e-mail : cmeecd@fmu.ac.jp)

(様式2)

病院見学アンケート

提出日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	
見 学 日	令和 年 月 日（ ）～令和 年 月 日（ ） （ 泊 日）
見学診療科	
見学を終えての感想	