|  |
| --- |
| 送付先：ＦＡＸ番号：０９３−６６２−１７９６ |
| 市立八幡病院内　メディカルスタッフのための感染対策塾事務局 宛 |
| 学会・研修会旅費等に関する補助申請書（様式１） |
|  |  |  |
| 　（申請者・施設情報） |  |  |
| 　　申請日 | 　平成　　年　　月　　日 |
| 　　補助申請者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 　　施設名 | 　 |
| 　　申請者の施設連絡先　　　　　　　　　　　　（決定通知連絡先） | 〒・電話番号（必須）：　　　　　　　・FAX番号（必須）：　　　　・e-mail（必須ではない）: |
| 　　施設の種類（必須） | 　□病院　　　 | 　□診療所　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　□介護施設等　　　 | 　□他（　　　　） |
| 　職種（申請手順書参照） | 職種（必須）： |
| メディカルスタッフセミナー　参加歴の有無（必須） | □あり | □なし |
| （第　　回　　　　　　　　に参加　　） |
| 　（対象学会・研修会情報） |  |
| 　学会・研修会等開催日時（必須） | 平成　　年 | 　　月　　　　日 |
| 　学会・研修会等開催場所（必須） | 開催県名 | 市町村名 |
|  |
| 施設長確認欄（必須） |
| 平成　　年　　月　　日 |
| 学会・研修会等参加補助に関する申請を許可します |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　施設長サイン　　　　　　　　　　印 |