|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | |