平成　　年　　月　　日

地域医療研修旅費申請書

研修参加医学生として、以下のとおり旅費を申請いたします。

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　大学　　　年

　　　　　　　　　　　※捺印をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交通費 | | | | | | |
| 月／日 | | 区間 | | 交通手段 | 金額（円） | 備考 |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
| 小計 | | | | |  |  |
| 滞在費 | | | | | | |
| 宿泊費 | 月／日 | | 宿泊施設名 | | 金額（円） | 備考 |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| 小計 | | | |  |  |
| 合計 | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 |  | | |
| 支店名 |  | | |
| 口座区分 | 普 ・ 当 | 口座番号(７桁) |  |
| 口座名義（カナ） |  | | |

添付書類　①研修報告書（A4用紙１枚以内）

　　　　　②領収証原本（鉄道については添付不要）※協会規程に則った精算となります。

申請先　公益社団法人地域医療振興協会　研究所事務部

　　　　　〒102-0093　東京都千代田区平河町2-6-3都道府県会館15F

　　　　　Tel.03-5212-9152　　Fax.03-5211-0515