

<様式Ⅶ-I>

平成 年 月 日

認定NPO法人 救急へり病院ネットワーク
理事長 國 松 孝 次 あて

(申請者)
病院所在地
病院名
代表者職・氏名

医師・看護師等研修助成事業助成金交付申請書 (研修員派遣病院用)

標記について、下記のとおり申請します。

記

助成金交付申請額 合計 円

旅費の口座振込先 (研修員本人口座)

振込先金融機関名	銀行	支店
口座番号		
種別	普通・当座	
口座名義人		
名義人フリガナ		

*添付書類

- 1 医師・看護師等研修契約書 (写)
- 2 所属病院における旅費規程に基づく旅費の積算根拠の記載された請求書又はHEM-Net の定める旅費相当額(所属病院の旅費規程において研修に対する旅費の支払いの定めがない場合)の積算根拠の記載された請求書

