

<様式VII-Ⅱ>

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 (研修担当病院用)

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
(内訳 別紙のとおり)

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		

(注) 費目によって振込先が異なる場合は、上記と同様に振込先を明記すること

*添付書類

- 1 申請額の内訳(別紙様式)
- 2 医師・看護師等研修契約書 (写)

(別紙)

項 目	金 額
指 導 料 * 1	
教 材 費 * 2	
事 務 費 * 3	

- * 1 研修員の指導に要する経費、研修結果の評価に要する経費等をいう。
- * 2 研修に要するテキストの作成経費、図書購入費、コピー代等をいう
- * 3 研修員の受け入れに関する事務、研修員の勤怠管理並びに研修実施状況の把握及び報告等の業務を遂行する職員に関わる管理経費、研修に関わる消耗品の購入経費等をいう。定額を上回る場合には、当該経費の領収書等証拠書類を添付すること。