特定非営利活動法人

千葉医師研修支援ネットワーク　御中

**『ふるさと医師奨励金』交付申請書**

申請日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな氏　　名 |  |
| 職　　名 |  |
| 住　　所 | 　〒 |
| 電話番号 |  |
| E-Mail |  |
| 入職施設名・所属科 |  |
| 入職年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 入職前在籍 | 　　年　　月 |
| 所属長証明 | 　　年　　月　　日上記のとおり入職したことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 銀　　行 | 銀行　 | 支店　 |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義 |  |

特定非営利活動法人

千葉医師研修支援ネットワーク　御中

**『ふるさと医師奨励金』交付申請書（記載例）**

申請日　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな氏　　名 | ち　ば 　　たろう**千　葉　　太　郎** |
| 職　　名 | 初期研修医 |
| 住　　所 | 　 〒260-8677　　　千葉市中央区亥鼻1-8-1 |
| 電話番号 | 　　　　043-222-2005 |
| E-Mail | office@dcs-net.org |
| 入職施設名・所属科 | 　　　△△△△病院 |
| 入職年月日 | 年　　月　　日 |
| 入職前在籍 | 年　3月　　　□□□大学医学部　卒業 |
| 所属長証明 | 年　　月　　日上記のとおり入職したことを証明します。病院長印△△△△病院　　病院長　○○○○　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | 銀　　行 | □□　銀行 | ××　支店 |
| 預金種別 | 普　通　　・　　当　座 |
| 口座番号 | ○○○○○○○ |
| 口座名義 | 千　葉　　太　郎 |