第１号様式（第６条関係）

県外医学生病院見学等助成事業申請書兼実績報告書

　年　　月　　日

群馬県知事　宛て

次のとおり交通費助成を受けたいので、県外医学生病院見学等助成事業実施要綱第６条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 現住所 |  |
| 学校名等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　学部　　　　　　学科　　　　　　学年 |
| 電話番号 |  | Ｅメールアドレス |  |

１　申請額（※在籍する大学の所在地にチェックを入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 大学の所在地 | 申請額 |
| * 埼玉県、栃木県
 | ５，０００円 |
| * 東京都、神奈川県、千葉県、茨城県、長野県
 | １０，０００円 |
| * 山梨県、新潟県
 | １５，０００円 |
| * その他地域
 | ２０，０００円 |

２　振込先　（※申請者本人の口座を記入してください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | （左詰で記入してください） |

（裏面も記入してください）

３　実績報告及び臨床研修病院証明欄（太枠のみ申請者記入））

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 見学日又は受験日 | 　　年　　月　　日　（□見学　　□採用試験） |
| 証明欄（※） | 上記のとおり、申請者が当院で見学又は採用試験を受けたことを証明します。証明者：部 署 等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）　　　　　　　　　　 　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

※欄は、臨床研修病院の担当者が記入

４　誓約事項

　　本申請に当たり、次の事項について誓約します。

（１）群馬県内の臨床研修病院を見学又は採用試験を受けるための交通費について申請するものであること。

（２）自治体又は病院等から修学資金の貸与を受けること等により、県外の臨床研修病院に就業することが条件付けられていないこと。

（３）暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条に規定する暴力団に関与していないこと。

　　　　　　　　年　　月　　日　　申請者（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※必ず本人が自署してください）

５　添付書類

（１）申請者が医学生であることを証明する書類

（２）振込先を確認するための書類