福井県臨床研修病院合同説明会旅費支援申請書

福井県地域医療課　あて

（メールアドレスiryou@pref.fukui.lg.jp）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| ふりがな  氏　名 |  | |
| 現住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 在学中の大学 | 大学名 | 大学 |
| 所在地 | 都・道・府・県 |
| 学年 | 年 |
| きっかけ | □　レジナビサイト　□　福井県ホームページ  □　友人・知人から　□　その他（　　　　　　　） | |
| 振込口座 | 銀行　　　　　　　　　店  口座種別　　普通・その他（　　　　　　　）  口座番号  口座名義  ●助成金は申請された振込口座に振り込みます。  　※約２か月程度を目安  ●福井県の旅費規程にて算出した旅費になります。 | |

添付書類　①本人確認書類（学生証の写し）

　　　　　②通帳の写しまたは店番や口座番号等記載の銀行アプリ画面

　　　　　※ゆうちょ銀行の場合は、他行振込で必要な店名、店番、種目、

　　　　　　口座番号等が記載のものを添付