様式第１号（第６条関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　大学名（学年）　　　　　　　大学（　年）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付申請書

　茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業について，補助金の交付を受けたいので，茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第６条の規定により，関係書類を添えて申請します。

　１　補助対象者氏名

　２　補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

　３　補助対象実習の期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　４　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

　　　添付書類　　（１）大学カリキュラムを示したシラバスの写し

　　　　　　　　　（２）その他知事が必要と認める書類

５　補助金振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　 　信用金庫　　　 　支店  信用組合　（　　　　　）　　　　　　　　 出張所 |
| 預金種目 | １　普通　　２　当座　　３その他（　　） |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  |
|  |

様式第２号（第７条第２号関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　大学名（学年）　　　　　　　大学（　年）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金変更交付申請書

　平成　　年　　月　　日付け医人第　　　　号により交付決定のあった次の実習の内容を変更したいので，茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第７条第２号の規定により，関係書類を添えて申請します。

　１　補助対象者氏名

　２　変更前の補助対象実習内容

（１）実施医療機関名及び診療科名

　（２）実習の期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　（３）交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

　３　変更の理由

　４　変更後の補助対象実習内容

（１）実施医療機関名及び診療科名

　（２）実習の期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　（３）変更後交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

様式第３号（第７条第３号関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　大学名（学年）　　　　　　　大学（　年）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金補助対象実習中止申請書

　平成　　年　　月　　日付け医人第　　　　号により交付決定のあった次の実習の内容を中止しましたので，茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第７条第３号の規定により，申請します。なお，提出済みの書類に関しては返却を求めません。

　１　補助対象者氏名

　２　補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

　３　補助対象実習の期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　４　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

　５　補助対象実習を中止する理由

様式第７号（第９条第１項関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　大学名（学年）　　　　　　　大学（　年）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付申請取下げ書

平成　　年　　月　　日付け医人第　　　　号で交付の決定を受けた臨床実習について，茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第９条第１項の規定により，申請を取り下げます。

なお，提出済みの書類に関しては返却を求めません。

１　補助対象者氏名

　２　補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

　３　補助対象実習の期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　４　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

５　申請を取り下げる理由

様式第９号（第11条関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　大学名（学年）　　　　　　　大学（　年）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金事業実績報告書

　このことについて，茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金交付要綱第11条の規定により，関係書類を添えて報告します。

１　補助対象者氏名

２　補助対象実習の実施医療機関名及び診療科名

３　補助対象実習の実施期間

　　　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

４　補助対象実習の交付決定額及びその精算額

　　　　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

　　　　精　算　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　（宿泊費　　　　　円，交通費　　　　　円）

様式第10号（第11条第２号関係）

平成　　年　　月　　日

　　茨城県知事　　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発行者　住　所

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実習担当所属長名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

連絡先（e-mail）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電　話）

茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金実習実施証明書

　このことについて，下記のとおり茨城県地域枠修学生等臨床実習受入推進事業補助金の補助対象実習を実施したことを証明いたします。

記

　１　補助対象者氏名

　２　補助対象者大学名（学年）

　３　補助対象実習を実施した診療科名

　４　指導医氏名

５　補助対象実習の実施期間

　　　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日（　　週間）

　６　院内宿泊施設(借り上げアパート等含む)の無償使用の有無（該当するものに○） 有　・　無