市立角館総合病院長　様

# 病院見学申込書　兼　旅費補助申請書

**太枠内 申込者記入欄↓→**　　提出日：令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 希望職種 | □医師 | □薬剤師 | □臨床検査技師 | □診療放射線技師 | □臨床工学技士 |
| | □看護師 | □理学療法士 | □作業療法士 | □栄養士 | □その他 |
| 氏名・性別 | | ﾌﾘｶﾞﾅ | | 性別　□男　□女 | |
| 生年月日 | □昭和　□平成　　年　　月　　日生（満　　歳） | | | | |
| 養成校名 | | □大学<br>□専門学校 | □医学部<br>□その他(　　) | 年 | |
| 現住所 | （〒　　－　　） | | | | |
| 連絡先 | TEL | E-mail | | | |
| 見学希望内容<br>複数可 | 医学生のみ次から<br>お選びください | □消化器内科<br>□総合診療科 | □外科<br>□１年次研修医 | □整形外科<br>□２年次研修医 | □産婦人科<br>□当直見学※2 |
| 見学希望理由と具体的な見学希望内容 | | | | | |
| 見学方法及び希望日 | 第１希望 | □病院見学　□zoom | 令和　　年　　月　　日　　曜日 | | |
| | 第２希望 | □病院見学　□zoom | 令和　　年　　月　　日　　曜日 | | |
| | 第３希望 | □病院見学　□zoom | 令和　　年　　月　　日　　曜日 | | |

旅費補助を希望の場合は下記もご記入ください。

| | |
|---|---|
| 旅程（至当院）<br>記載しきれない場合は領収書等にて確認させていただきます | 自宅出発【　　】←△△駅（自宅最寄駅/最寄バス停）等 |
| | ～経由地【　　】〇〇駅等 or 羽田空港等 |
| | ～経由地【　　】←東京駅 or 秋田空港等 |
| | ～到着地【　　】←角館駅等 |
| 旅程（至自宅）<br>記載しきれない場合は領収書等にて確認させていただきます | 当院出発【　　】←角館駅等 |
| | ～経由地【　　】←東京駅 or 秋田空港等 |
| | ～経由地【　　】〇〇駅 or 羽田空港等 |
| | ～到着地【　　】←△△駅（自宅最寄駅/最寄バス停）等 |
| 交通費及び宿泊費 ※1 | 交通費合計額【　　円】…交通費の合計申請額を記載してください。 |
| | 宿泊費合計額【　　円】…宿泊費の合計申請額を記載してください。 |

※1 見学日以降に領収書原本を提出（郵送）してください。　補助額は当院予算額により異なります。
　また、当院見学前後に他院を見学する場合は按分しての補助となりますので、予めご了承ください。

※1 宿泊施設は当院での斡旋が可能(前泊又は後泊可)です。(参考：夕朝食付 6,000 円程度)

※2 医学生に関して、見学日当日の当直見学も可能。県内病院を短期間で複数見学希望の場合は県医療人材対策室へお申し込みください。

郵送先：〒014-0394　秋田県仙北市角館町岩瀬３番地　市立角館総合病院事務部総務管理課あて

ＦＡＸ：0187-54-2715　メール：kakubyou-hp@city.semboku.akita.jp　メール受信拒否設定を必ずご確認ください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病院担当者記入欄 | 見学(zoom)実施日 | 令和　年　月　日（　）AM・PM　：　～ | |
| | 見学担当者 | 部署名： | 担当者名： |
| | 見学方法 | □ 病院見学　□ zoom meeting | |
| | 補助決定額 | ↳　円（　月　日に個人口座へ振込予定） | |