

※原則、出発日の14日前までにお申し込みください。

【FAX送信先】良医育成新潟県コンソーシアム(新潟県医師・看護職員確保対策課内)

FAX:025-284-0277

令和3年度新潟県臨床研修病院見学・実習会  
交通費支給申込用紙

ふりがな			
氏名 (姓)		(名)	
大学名 ※既卒者は出身大学名			
学年 ※医学生のみ	年	年齢	歳
住所(チケット送付先) ※アパート・マンションの場合は部屋番号まで	〒		
電話番号			
メールアドレス			
見学・実習病院名			
見学・実習会参加年月日			
利用交通機関(新幹線、特急、 在来線、飛行機、船舶、高速バス等) ・区間及び利用日時	◎ ゆき 利用年月日 令和 年 月 日		
	利用区間	交通機関名	出発時刻 便名(飛行機のみ)
	→		
	→		
	→		
	◎ かえり 利用年月日 令和 年 月 日		
利用区間	交通機関名	出発時刻 便名(飛行機のみ)	
→			
→			
→			
交通費振込先	ふりがな		
	銀行		支店
	1 普通 2 当座	口座番号	
	口座名義人(カナ)		
参加者本人と口座名義人が異なる場合は本人との関係(続柄)			

※あらかじめ見学・実習病院に連絡をして、参加日を決定してからお申し込みください。

※受付後、指定旅行代理店からチケット代金を連絡いたしますので、代金の振込をお願いします。