公益財団法人新潟医学振興会理事長　　様

　　　　　　　　　　（申請者）

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

若 手 医 師 留 学 研 修 申 請 書

　若手医師留学研修支援事業実施要綱第４条に基づき、別紙資料を添えて申請します。なお、留学研修生として決定された場合は、若手医師留学研修支援事業実施要綱の各規定を遵守します。

|  |  |
| --- | --- |
| 留学研修先機関名 |  |
| 留学研修先機関所在地 |  |
| 留学研修予定期間 | 令和　　年　　月から令和　　年　　月まで |
| 留学研修修了後の勤務先医療機関（予定） |  |
| 旅行に要する経費 ① | 円 |
| 留学研修にかかる経費 ② | 円 |
| 合計額（①＋②） | 円 |
| 申請者 | 氏名・生年月日 | 　　　　　　　　　（　　　年　　月　　日生） |
| 住所・電話番号 | ℡: |
| 在籍中医療機関等 | 名称所在地 |
| 医師免許 | 登録年月日　　　　　年　　　　月　　　　日登録番号 |

注）履歴書及び医師免許証の写しを添付すること