（様式１）

専門研修病院見学支援事業助成申請書

一般社団法人　しまね地域医療支援センター　あて

　　　　　　　　　　　　　（Eメールアドレス　smc@allshimane.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 | 　　 |
| 所属病院名 | 　　 |
| 所属 | □臨床研修医1年目　□臨床研修医2年目□その他（卒後　　年目）※該当箇所に「■」すること。 |
| 見学病院名 |  |
| 希望する診療科 |  |
| 見学予定日時 | 令和　年　　月　　日　　～　　　月　　　日(　 ：　 ～　 ： 　 )　　　(　 ：　 ～　 ： 　) |
| 旅行期間 | 令和　年　　月　　日～　　月　　日（　　泊　　日） |
| この制度を　　知ったきっかけ | □ しまね専攻医説明会　　　　　　　□　支援センターHP □ 友人・知人から□　見学病院から□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）※該当箇所に「■」すること。 |
| 見学病院を選んだ理由 |  |