（様式１）

福島県臨床研修病院ネットワーク

ふくしま“絆”医学生臨床実習助成申請書（兼　助成承認通知書）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助  成  申  請  書 | 福島県臨床研修病院ネットワーク連絡会議御中  　　ふくしま“絆”医学生臨床実習助成について、次のとおり申請いたします。  　　　令和　　年　　月　　日 | | |
| 申請者 | 医学生氏名 | 印 |
| 大学名・学年 | 学年 |
| 住所 | （〒　　-　　） |
| 臨床実習病院名 | |  |
| 臨床実習期間 | | 令和　　年 　月　　日 ～ 令和　　年　　月 　　日 |
| ※添付書類 | | 在籍大学の「学外臨床実習許可に関する書類」 |
| 受入実習病院の承諾 | | 上記医学生の当院での臨床実習を承諾します。  　　　　　　　　　　病院長　　　　　　　　　　印 |
| 助成承認通知書 | 上記医学生に関するふくしま“絆”医学生臨床実習助成申請については、  　　承認（不承認）とする。  　令和　　年　　月　　日  　　　　福島県臨床研修病院ネットワーク連絡会議  　　　　　事務局　福島県立医科大学　医療人育成・支援センター長　　　印 | | |