別　紙

十日町市医学生研修受入促進支援事業計画書

１　申請者の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者名 |  | 年齢 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 電子メール |  |
| 大学及び学部名 |  |

２　補助対象事業の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修の概要 | 期　間 | 実施医療機関 | 実施内容 |
| 年　月　日～　　年　月　日（延　　日間） |  |  |

３　経費内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 補助対象経費額 | 補助金交付申請額 | 算出根拠 |
| 研修費補助 |  |  | 研修等日数　　　日　×　1,000円 |
| 宿泊費補助 |  |  | 対象経費　　　　日　×　　 　円申請額　　　　　日　×　3,000円 |

※宿泊費補助については、実績報告時に支払いの証明できるもの（領収書等）が必要。

　申請者以外が負担した経費については補助対象経費から除外すること。