

公的病院薬学生短期インターンシップ事業助成金申請書兼実績報告書

年 月 日

富山県知事 宛て

次のとおり標記助成金の交付を受けたいので、公的病院薬学生短期インターンシップ事業助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

氏名		生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
現住所							
大学名等	(大学の所在地)		学部	学科	学年		
電話番号			Eメールアドレス				

1 申請額（※在籍する大学の所在地にチェックを入れてください）

大学の所在地	申請額
<input type="checkbox"/> 石川県	5,000 円
<input type="checkbox"/> 新潟県、岐阜県、長野県	15,000 円
<input type="checkbox"/> 近畿地方、その他中部地方	20,000 円
<input type="checkbox"/> 関東地方	25,000 円
<input type="checkbox"/> その他の地域	30,000 円

2 振込先（※申請者本人の口座を記入してください）

金融機関名		本支店名	
預金種別	普通 ・ 当座		
(フリガナ)			
口座名義人			
口座番号			(左詰で記入してください)

(裏面も記入してください)

3 実績報告

1 日目	
病院名	
参加日時	年 月 日 時 ~ 時

2 日目	
病院名	
参加日時	年 月 日 時 ~ 時

3 日目	
病院名	
参加日時	年 月 日 時 ~ 時

4 誓約事項

本申請にあたり、次の事項について誓約します。

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条に規定する暴力団に關与していないこと。
- (2) 本事業で交付対象とする旅費について、国、県、市町村その他公的支援機関等から同趣旨の助成金等の交付を別途受けていないこと。
- (3) 本申請に係る全記載事項（学年等）につき、虚偽の内容を記載していないこと。

年 月 日 申請者（署名）

(※必ず本人が自署してください)

5 添付書類

- (1) 体験完了証明書3通（3施設の担当者に体験完了後、証明書を記入してもらいます。）
- (2) 学生証の写し
- (3) 在学証明書