

研修費請求書 (見本)

金 〇〇〇, 〇〇〇 円

別表1の申請時(金額合計)を入力してください。

※上限額は128,000円です。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

公益社団法人栃木県看護協会 会長様

申請書に記載した日付を入力します

平成29年〇〇月〇〇日付けで申請しました平成29年度看バック！再就業応援プログラム事業(研修経費助成)に係る経費を上記のとおり請求します。

所在地 宇都宮市〇〇町3337-1

法人名 医療法人〇〇会

病院名(施設名) 〇〇病院

代表者職・氏名 院長 〇〇 〇〇 印

申請書と同じ
印を押印

振込先口座

銀行名 〇〇銀行

支店名 〇〇支店

口座種別 普通

口座番号 〇〇〇〇〇〇

名義人 医療法人〇〇会 院長 〇〇 〇〇

(フリガナ) イリョウハウジン〇〇カイ インチョウ 〇〇 〇〇