様式１

「アレルギー疾患医療の人材育成に係る助成」応募申請書

令和　　年　　月　　日

徳島大学病院長　　殿

（推薦者）

医療機関名

所属（科・部）長等　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | | | | | | |
| 所属部署  (各診療科・診療部等) |  | | | | | | |
| 職名 |  | | 職種  （経験年数） | ( 年) | | | |
| 氏名 |  | | 性別 |  | 年齢 | |  |
| 連　　絡　　先  （電話番号・内線） |  | メールアドレス |  | | | | |
| 参加研修会・  資格認定試験等名称 |  | | | | | | |
| 申請額 | 参加費　　　　　　　　円  　　　　　　　　　 円 | | | | | | |
| 申　請　理　由 |  | | | | | | |
| 目標とする資格・技能・技術及びその業務に関連する経験年数 |  | | | | | 年 | |

※参加研修会等の資料を必ず添付してください。

※当院からの連絡は主にメールアドレス使用しますので、連絡のつくアドレスを記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　選考日　　　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※ 選　定 結 果 | 採　択　**・**　不採択 | 支援額 | 円  □その他振込手数料等の経費を含む |