

長崎県島原病院見学旅費助成金給付申請書

令和 年 月 日

長崎県島原病院長 様

|       |   |
|-------|---|
| 申請者住所 |   |
| 申請者氏名 | 印 |

下記のとおり、長崎県島原病院を見学したので、旅費助成金の支給を申請します。  
 なお、交付決定後は当該助成金を下記の口座に振り込んでください。

太枠内を記入してください。

|             |                            |                           |                    |
|-------------|----------------------------|---------------------------|--------------------|
| フリガナ        | ( )                        | 在籍(出身)<br>大学又は学校          | 大学<br>学校<br>(卒後 年) |
| 見学者氏名       |                            | 所属病院<br>(勤務中の場合)          |                    |
| 電話番号        | ( ) —                      |                           |                    |
| メールアドレス     | @                          |                           |                    |
| 助成金申請額      | 円(裏面の助成金額一覧表を参照してください)     |                           |                    |
| 見学した病院      | 長崎県島原病院                    |                           |                    |
| 見学日程        | 令和 年 月 日 から<br>令和 年 月 日 まで |                           |                    |
| 振込先(※)      | 金融機関名<br>及びコード             | 銀行・金庫 支店<br>組合・農協 所       | 金融機関コード<br>店番      |
|             | 預金種別                       | 1 普通 (フリガナ)<br>2 当座 □座名義人 | ( )                |
|             | 口座番号                       |                           | (左詰記入)             |
| 申請受理<br>年月日 |                            |                           |                    |

※ 振込先の口座名義人は、申請者氏名と一致させてください。

病院証明欄

申請者は、上記のとおり当院において病院見学を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関所在地 長崎県島原市下川尻町7895  
 医療機関名称 長崎県島原病院  
 代表者・氏名 木下 明敏 印

(申請者の方へ)

## 1 長崎県島原病院見学旅費助成制度の説明

日本国内に居住する下記の対象者及び職種に該当する方が、長崎県島原病院を見学した場合に、当院が旅費の一部を助成するものです。

ただし、助成の内容は年度の途中で改定、あるいは打ち切りになる場合もあります。

## 【対象者及び職種】

薬剤師 …… 大学薬学部5年生以上 または 薬剤師の有資格者

看護師 …… 各学校(※)の最終学年 または 看護師の有資格者(准看護師は除く。)

※大学、短期大学、専門学校等

## 【助成金額】

下記の「助成金額一覧表」で該当する金額

## 【助成期間】

当院における薬剤師または看護師の欠員が解消されるまでの当分の間

## 2 申請方法等

助成金給付申請書(表面)及びアンケート(別添)に必要事項を記入のうえ、当院に提出してください。当院において、証明欄記入後、指定口座へお振込みいたします。

なお、アンケートの提出は必須とし、提出が無い場合は、助成金給付ができないこともありますので、ご注意ください。

【助成金額一覧表】

|   | 見学者の居住地       | 見学地                 | 助成金額    |
|---|---------------|---------------------|---------|
| ① | 長崎県島原市        | 長崎県島原病院<br>(長崎県島原市) | ¥1,000  |
| ② | 長崎県雲仙市        |                     | ¥2,000  |
| ③ | 長崎県南島原市       |                     | ¥2,000  |
| ④ | 長崎県内各地(①~③以外) |                     | ¥4,000  |
| ⑤ | 九州(福岡・佐賀・熊本)  |                     | ¥7,000  |
| ⑥ | 九州(大分・宮崎・鹿児島) |                     | ¥10,000 |
| ⑦ | 山口・広島         |                     | ¥20,000 |
| ⑧ | 上記以外の都道府県     |                     | ¥30,000 |

## 長崎県島原病院見学旅費助成申請をされる方へ

アンケートにお答えいただいた方に旅費の一部を助成します。よろしくお願いいたします。

- ① あなたは、( 男性 ・ 女性 )  
薬剤師 → 薬学部 5年、 6年、 卒後 ( ) 年目  
看護師 → 最終学年 または 卒後 ( ) 年目
- ② あなたの出身高校  
長崎県 ( ) 高校 )  
長崎県外 ( ) 都道府県 ( ) 高校 )
- ③ あなたの在籍(出身)大学または学校  
長崎大学  
長崎大学以外 ( ) 大学 または 学校 )
- ④ 見学をした病院の印象をお聞かせください  
1. 非常に良かった 2. 良かった 3. ふうふう 4. 悪かった 5. 非常に悪かった
- ⑤ あなたは、当院の旅費助成制度をどうやって知りましたか  
1. 見学先の事務の人から 2. 大学の事務の人から  
3. 友人から 4. 先輩から  
5. 知り合いの薬剤師から 6. 知り合いの看護師から  
7. ホームページ  
8. その他 ( )
- ⑥ 旅費の助成制度についてどう思いますか？(フリーコメント)
- ⑦ 当院の旅費助成制度が、当院の薬剤師または看護師を増やすのに役に立つと思いますか？  
1. 非常に役に立つ 2. 役に立つ 3. 役に立たない 4. わからない
- ⑧ 現時点で、当院で働きたいと思いますか？  
1. 思う 2. 思わない 3. わからない
- ⑨ 見学病院に関しての情報源は何ですか？(複数回答可)  
1. 口コミ ( ①友人 ②先輩 ③学校関係者 ④その他 ( ) )  
2. インターネット(サイト名:① ( ) ② ( ) ③ ( ) )  
3. 雑誌媒体 (雑誌名 :① ( ) ② ( ) ③ ( ) )  
4. 説明会 ( ①病院説明会 ②その他 ( ) )  
5. その他 ( )
- ⑩ その他 どんなことでも結構です。当院に対してご意見をお聞かせください。