

長崎県島原病院見学旅費助成金給付申請書

西暦 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		()		大学 年			
見学者氏名		在籍(出身) 大学又は学校		学校 年			
				(卒後 年)			
		所属病院 (勤務中の場合)					
電 話 番 号		() ー					
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		西暦 年 月 日 から					
		西暦 年 月 日 まで					
振 込 先 (*)	金融機関名 及びコード	銀行・金庫 組合・農協		店 所	金融機関コード	店 番	
	預 金 種 別	1 普通	(フリガナ)	()			
		2 当座	口座名義人				
	口 座 番 号					(左詰記入)	
申請受理 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。

西暦 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 院長 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】

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 (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 ）
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. ふつう 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. 知り合いの看護師から 6. ホームページ
7. 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。