茨城小児科学会　若手医師研修費補助申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. 氏名 |  | b. 所属施設 |  |
| c. 卒後年数　　　　　　　　年 | |  | |
| d. 研修会の種類（○をつけて下さい） | | PALS、JPLS、NCPR | |
| e. 開催日　　　　　年　　月　　日 | | | |
| f. 自己負担した金額 | | 円 | |
| 振り込み先 | | g. 　　銀行h.　　　　　　　　支店 | |
| i. 口座名義人 | (ｶﾅ) | j. 口座番号 |  |
| 指導医署名 |  | | |

1年に2度の対象研修がある場合は下記に記入して下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d. 研修会の種類（○をつけて下さい） | | PALS、JPLS、NCPR | |
| e. 開催日　　　　　年　　月　　日 | | | |
| f. 自己負担した金額 | | 円 | |
| 振り込み先 | | g. 　　銀行h.　　　　　　　　支店 | |
| i. 口座名義人 | (ｶﾅ) | j. 口座番号 |  |
| 指導医署名 |  | | |

【対象者】

○卒後3-5年目の小児科専攻医のうち、茨城県内の医療機関に常勤する者

○卒後2年目の初期研修医のうち、茨城県内で小児科専攻が決定している者

【対象となる研修】

PALS、JPLS、NCPR

【補助額】

研修受講料の自己負担のうち半額。1名に対して年間2万円を上限とする。

3-5年目の場合は施設指導医の署名、2年目の場合は所属予定施設の指導医の署名を受けて下さい。

受講料が証明できる領収書などのコピーを添えて下さい。

病院などから受講補助がある場合は、病院補助を差し引いて自己負担した金額の半額を補助しますので、空欄に自己申請して下さい。

2017年度は2018年3月10日までに到着した申請書に対して入金します。