保健師のインターンシップ（職場体験）支援事業

**別紙１**

費用助成申込書

申請日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 記入欄 |
| １　 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　 性別 | 男　・　女 |
| ３　 生年月日（年齢） | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| ４　 属性 | 該当する方に〇をつけてください。  　　　　看護学生　・　看護職免許取得者 |
| ５　 学校名（学年）  　　 所属名 |  |
| ６　 連絡先 | 電話番号：　　　　　-　　　　　　-  メール：　　　　　　　　　　　　@ |
| ７　 住所（居住地） | 〒　　　- |
| ８　 実家の住所 | 〒　　　- |
| ９　 実施市町村名 |  |
| 10　参加日程 | 月　　日（　）　～　　月　　日（　） |
| 11　振込先  （本人名義のものに限る） | 金融機関名：  支店名：  口座番号：  預金種別：　　普通　・　当座  口座名義人（ｶﾅ）：　　　　　　　（　　　　　） |

* 記入後、県北保健福祉事務所まで郵送またはメールでお送りください。

＜送付先＞

住所：〒960-8012　福島市御山町8-30　県北保健福祉事務所　総務企画課　宛

Mail：kenpokuhofuku\_kikaku@pref.fukushima.lg.jp