

様式第1号（第4条）

令和 年 月 日

茨城県立医療大学後援会  
会長 殿

申請者 学科 年次  
学籍番号  
氏名

茨城県立医療大学後援会実習に伴うPCR検査等費用助成金交付申請書

標記助成金の交付を受けたいので、茨城県立医療大学後援会実習に伴うPCR検査等費用助成金交付規程第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、当該PCR検査等においては他団体等からの助成は受けておらず、この申告に虚偽があった場合は助成金の全額を返金いたします。

記

実習科目名	
実習先施設	
実習担当教員氏名 ※ 教員の自筆によること。	

申請金額	実施日	経費の内訳（単価及び数量等を経費ごとに記入すること。）	摘要
円		PCR検査等費用 円	

（注）必ず領収書を添付すること。