（別添１）

番　　号

日　　付

平成29年度　特定機能病院管理者研修事業応募申込書

法 人 名　　　　　　　○○○○

代表者名 　　　　　○○○○　　　　印

所 在 地　　　　　　　○○県○○市○○

担当者連絡先

所 属

役 職

氏 名

所在地

ＴＥＬ △△－△△△△－△△△△（代表） 内線△△△△

ＦＡＸ △△－△△△△－△△△△

e－mail \*\*\*\*@\*\*\*\*\*\*\*\*

（別添２）

平成２９年度　特定機能病院管理者研修　予定費用

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 支出予定額 | 備考（摘要） |
| 員数 | 単価（円） | 金額（円） |  |
| 賃金 |  |  |  |  |
| 報償費（謝金） |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 需要費 |  |  |  |  |
| （消耗品） |  |  |  |  |
| （印刷製本費） |  |  |  |  |
| 　（会議費） |  |  |  |  |
| 　（通信運搬費） |  |  |  |  |
| 借料及び損料 |  |  |  |  |
| 雑役務費 |  |  |  |  |