

# 病院見学に係る旅費精算依頼書

氏名： \_\_\_\_\_

身分： 学生（     年）・ 研修医（     年目） \_\_\_\_\_

病院・大学名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 1) 経路

年月日	出発地	経由	到着地	金額	備考

※航空機、新幹線、特急等利用の場合は、領収書を添付して下さい。

（搭乗券・乗車券があれば併せて添付して下さい。）

## 2) 振込み先

銀行名		支店名	
フリガナ			
口座名義			
口座番号	普通 ・ 当座		