キャリア形成支援センター「キャリアアップ講演会・講習会事業」応募申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

　　　徳島大学病院長　　殿

（推薦者）

　　　　　　　　　　　　　　　　診療科・部

　　　　　　　　　　　　　　　　診療科・部長　　　　　　　　　　　　　　　　　○

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者所属  (各診療科・部等) |  | | | 職種 |  | | | | | 職名 | |  |
| 申請者氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 連　　絡　　先  （内線またはPHS） |  | | | E-mail | |  | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | |
| 日　　　時 | 令和　　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　　時　　分 | | | | | | | | | | | |
| 場　　　所 |  | | | | | | | | | | | |
| 招聘者氏名 |  | | | | | | 現　職 | |  | | | |
| 招聘者旅費支給 | □有　（　　　　　　　　　円）　　　□無 | | | | | | | | | | | |
| 年月日 | 出発地 | 経　路 | | 到着地 | | | | 宿泊地 | | 用務先（所在地） | |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | |  | |
| ＊有の場合はその旅程を記載 | | | | | | | | | | | |
| 招聘者謝金支払  （希望額） | □有　（　　　　　　　　　円）　　　□無  ＊謝金計算は用務とその時間に基づいた学内規程額になります | | | | | | | | | | | |
| 消耗品経費 | □必要（　　　　　　　　　円）　　　□不要  ＊必要な場合は、品名、単価、個数を含めた積算内訳を別紙で添付してください。  ＊飲食費は計上できません。 | | | | | | | | | | | |
| 申請理由  （対象職種のキャリア形成にどのように関連するか記載してください。） |  | | | | | | | | | | | |
| 選　定　結　果 | 採　択　**・**　不採択 | | | | 支援額 | | | 円 | | | | |

※ 選定結果欄は記入しないでください。