

様式第1号（第5条関係）

岡谷市医師確保就業支援助成金支給申請書

年 月 日

岡谷市長 様

申請者(本人)氏名

岡谷市医師確保就業支援助成金条例施行規則第5条の規定により、助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
従事する 指定医療機関名		診療科	
従事した日	年 月 日		
住所	(転入日 年 月 日)		
電話	()		
希望する助成金 (いずれかに○印)	常勤医師として3年勤務	300万円	
	常勤医師として2年勤務	200万円	
申請理由			

添付書類

- 1 医師免許証の写し
- 2 従事する指定医療機関の推薦書(様式第2号)
- 3 履歴書
- 4 その他市長が必要と認める書類