（別記様式第１号）

医学研究・教育等支援事業

（災害派遣医療チーム活動支援事業）申請書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人 京都府医学振興会 理事長 様

　　（申請者）

　　DMAT指定医療機関名

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医学研究・教育等支援事業（災害派遣医療チーム等活動支援事業）の趣旨に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| チーム名・責任者所属氏名 | ※複数チームで申請される場合は、全チーム記入してください。 |
| 支援申請金額 | 円（通知限度額以下としてください。）  ※振込は医療機関の口座としますので、別紙に口座情報を記入してください。 |
| 事業計画内容 | 別リスト添付可（資器材名・単価・個数）  ※資器材名はＤＭＡＴ標準資器材リスト参照  ※本支援金で調達・更新を予定する資器材名・単価・個数を記入してください。（実績報告の内容が申請内容と異なっても必要器資材であれば可とします。） |

◎振込先口座情報記入用紙

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 金融機関コード |  |
| 支店名 |  |
| 支店コード |  |
| 預金種別（普通・当座） |  |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| 口座名義人フリガナ |  |