

第2号様式

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申 請 者 氏 名

令和4年度授業料等免除に係る助成金申請書

京都府大学院医学研究科授業料等助成事業に係る授業料等の助成を受けたいので、補助金等の交付に関する規則第5条に基づき、次のとおり申請します。

助成申請額	円				
ふりがな 氏名		性別		年齢	満 歳
現住所	〒() 電話番号 - -				
大学院の所属教室	京都大学大学院医学研究科 学			学年	
大学院在学予定期間	年 月 ~ 年 月				
臨床研修の終了時期	年 月 日				
要領2及び3に定める 地域の医療機関で従事 した期間	医療機関名	診療科名	医師業務に従事した期間		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
上記の者は、京都府大学院医学研究科授業料等の助成対象者として、適当と認められますので推薦します。					
年 月 日					
京 都 府 知 事 様					
京都大学大学院医学研究科長					

※ 授業料等の納入書(写)を添付すること

個人情報の取り扱いに関する同意書

私は、京都府大学院医学研究科授業料等助成事業に係る授業料等の助成を受けるための申請にかかる要件を判断するために必要となる範囲内で、私の個人情報が京都府に提供されることについて、同意します。

年 月 日

京都大学大学院医学研究科長 様

京都大学大学院医学研究科
