**リウマチ外科医育成助成制度申請書**

日本リウマチの外科学会事務局 殿

以下の様式により、リウマチ外科医育成助成を申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | （西暦）　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | （所属機関）（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　(年齢) |
| 連絡先 | （住所）〒（TEL）（E-mail） |
| 見学・研修先 |  |
| 期間 |  |
| 見学・研修の内容を具体的に記載してください。 |