（様式２）

学科長 専攻長	担当教授	実習科目 担当教員

実習用旅費助成願

年　　月　　日

香川県立保健医療大学後援会長　殿

学 科 名　　学科　学年　　年
学籍番号
氏　　名

下記の費用について、助成願います。

実習科目	
実習期間	
実習場所	
支出した金額 (裏面に領収書を添付すること)	**実習施設までの往復料金等** 公共交通機関　ＪＲ（　　駅～　　駅）　円 高速艇（高松～土庄）　円 高速道路（　　ＩＣ～　　ＩＣ）　円 宿泊　　泊（1 泊あたり　　円）　円 **実習に伴う移動に要する費用** 高速道路（　　ＩＣ～　　ＩＣ）　円 自動車等航送（高松～土庄）　円 タクシー代　円 **その他**（　　）　円 **計　円**
振込口座 (間違えないように記入)	（振込金融機関を記入してください。） 銀行名　　銀行　　支店 科　目　　普通　　当座(いずれかに○を付けてください。) 口座番号 口座名(カナ) 口座名(漢字)
※交付決定額	

１　添付が必要な書類
　　領収書等、利用した交通機関等、利用年月日及び費用が証明できる書類（コピー可）
２　※印は記入しないでください。