



# 様 表

## 外国医師等臨床修練許可取得関連費用請求書

財団法人 日中医学協会 殿

研究者氏名	李 強	研究者 No.	3XXX	
研究機関・部署	東京大学医学部産科婦人科学			
許可申請日	2009年1月26日			
許可取得日	2009年4月26日	許可期限日	2009年9月16日	
<b>外国医師等臨床修練許可取得関連費用</b>				
許可申請料（収入印紙購入費）		15,300	円	
損害賠償保険加入費		37,610	円	
振込手数料		315	円	
<b>請求額合計</b>		<b>53,225 円</b>		
送金先	<input checked="" type="checkbox"/> 研究者郵便貯金口座 <input type="checkbox"/> 銀行口座（下の欄に記入）			
銀行口座名	銀行		支店	
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
	口座名義	(フリガナ)		
		(漢字)		
備考欄 (振込先に関する要望等がありましたら、お書きください)				
添付書類 (すべての書類を提出してください)	1. 臨床修練許可証(コピー) 2. 収入印紙購入費領収書(原本) 3. 損害賠償保険加入費請求書(原本) 4. 損害賠償保険証券(コピー) 5. 損倍賠償保険加入費領収書(原本) 6. 振込利用明細表(振込の場合、原本)			
上記の通り必要書類を添えて請求します。				
2009年6月25日				
研究者署名： 李 強				
上記の申請を承認します。				
指導責任者署名： 鈴木 太郎				
協会記入欄				
事務局長	担 当	出納	決定額	支払日