第１号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

 申請者　住　所

 名　称

代表者 　　　　　印

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業　補助申請書

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　事業費総額 金　　　　　　　　　　　　円

　　うち補助申請額　　 金　　　　　　　　　　　　円

２　事業（研修）計画書（別紙１）

　（複数を派遣する際は、全体及び派遣対象者個別の計画書を添付）

３　補助事業実施期間

　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

４　添付書類

　（１）派遣対象者別の履歴書（別紙２）

　（２）派遣対象者別の同意書（別紙３）

　（３）総括支出予定額調書（別紙４）及び

複数を派遣する際は、派遣対象者別の支出予定額調書

　（４）派遣対象者別の受入承諾書等

　（５）その他参考書類

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　号

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　様

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業

補助申請に対する選考結果について

　貴殿から申請のありました平成２４年度認定看護師資格取得支援事業に係る補助申請については、上記補助金交付要綱第６条第１項の規定に基づく評価助成委員会での選考を踏まえ、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

**{　補助採択・条件付採択　}**

１　補助決定額　　金　　　　　　　　　　　円

２　補助する派遣対象者

　　｛申請書の記載のある全員｝　または｛特定個人名列挙｝

３　補助事業実施期間　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

４　補助条件

　　・提出した事業（研修）計画書（別紙１）に則り、事業を実施すること

・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから２週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙１)等の必要書類を提出すること

・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

**{　補助不採択　}**

第３号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　印

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業費補助金

（変更・中止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２４年度認定看護師資格取得支援事業について、下記により（変更・中止）したいので、上記補助金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　（変更・中止）理由

２　添付書類

・変更承認申請の場合は、変更する事業内容及び経費（変更前と変更後とを比較することができるもの）を明らかにする書類

・中止承認申請の場合は、第５号様式及び第６号様式並びに関連書類

第４号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　印

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業費補助金概算払請求書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２４年度認定看護師資格取得支援事業について、補助金を上記補助金交付要綱第８条第２項の規定に基づき概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助決定額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

 　　残額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座２普通 |  |  |

第５号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　印

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業費補助金　請求書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２４年度認定看護師資格取得支援事業について、上記補助金交付要綱第８条第３項の規定により請求書を提出します。

記

補助決定額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 |  |
|  |  | １当座２普通 |  |  |

第６号様式

平成　　年　　月　　日

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

代表者　　　　　　　　　　印

平成２４年度認定看護師資格取得支援事業費補助金実績報告書

平成　　年　　月　　日　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２４年度認定看護師資格取得支援事業について、上記補助金交付要綱第９条第１項の規定により、その実績を下記のとおり報告します。

記

１　補助決定額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　実　績　額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　事業（研修）報告書（別紙５）
　（全体及び派遣対象者個別）

４　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙６）

　（全体及び派遣対象者個別）

(別紙１－１)

事業（研修）計画書（全体）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　）

１　事業の概要

２　施設の現状と課題
（病院全体として派遣予定者の研修領域を中心に記載してください）

３　これまでの施設の取り組み及びそれに要した経費

４　事業実施の目的、必要性

５　事業に際しての考え方

（１）研修先の選択方針

（２）事業実施期間の設定の理由

（３）研修内容の選択理由

（４）研修に要する費用負担の考え方

（５）その他

６　事業の目標（期待される効果）

７　事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標（期待される効果）は、高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙１－２)

事業（研修）計画書（個別）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　派遣対象者氏名（　　　　　　）

１　事業の概要

２　これまでの取り組み（派遣対象者のアピール）

３　研修の目的、必要性

４　研修事業の内容

（１）研修先

（２）今回の研修先選定理由

（３）事業実施期間

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（４）研修内容

（５）その他

５　期待される効果

６　事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○期待される効果は、高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

（別紙２）

派遣対象者履歴書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 平成　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 性別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 　　１９　　年　　月　　日生（　　　）歳 |
| 現住所 | 〒電話 |
| 所属機関 | 〒住所名称電話FAX |
| 連絡先 | □　自宅　　　　　　　　　　　□　所属機関e-mail |
| 学歴・職歴 | 年　月 | 最終学歴・職歴 |
|  |  |
| 研修歴・研究歴等 |  |  |

（別紙３）

平成　　年　　月　　日

一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

 派遣対象者　 住所

　　　 施設及び役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　 印

　私、　　　　　　は、所属する　　　　　　が平成２４年度認定看護師資格取得支援事業を実施するに当たり、当該事業に基づく派遣研修の対象者として申請することに同意し、同事業が採択された場合は、本事業の補助の目的を十分に理解し、研修に精励し、高知県の医療の向上に貢献することを誓います。

（別紙４）

支出予定額調書（総括表）

申請事業者名（　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業費 | 補助金充当額 | その他の財源 |
| 総額 |  |  | 施設負担 | その他 |
| 個別：A |  |  |  |  |
| 個別：B |  |  |  |  |
| 個別：C |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

費目調書（総計表：施設計）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出予定額 | 備考 |
| （１）研修機関までの往復旅費 |  |  |  |
| （２）住居費 |  |  |  |
| （３）研修費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

費目調書（個別表）

派遣対象者氏名（　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出予定額 | 備考 |
| （１）研修機関までの往復旅費 |  |  |  |
| （２）住居費 |  |  |  |
| （３）研修費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※具体的に記入してください。

（別紙５－１）

事業（研修）報告書（全体）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　　）

１　事業の概要

２　事業の内容

（１）実施体制

（２）事業対象者

（３）実施方法

（４）事業実施期間

（５）実施経費

 総額 金　　　　　　　　円

 うち補助金充当額 金　　　　　　　　円

 うち残余充当資金の財源別内訳　 施設負担 金　　　　　　　　円

 本人負担 金　　　　　　　　円

 その他 金　　　　　　　　円

（６）その他

３　事業目標（効果）の達成状況と施設内での活用

４　事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標（期待される効果）は、高知県の地域医療の発展に貢献できる目標、効果についても記入してください。

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

（別紙５－２）

事業（研修）報告書（個別）

派遣対象者氏名（　　　　　　　）

１　申請時に計画した事業の概要

２　事業実施期間

　　　平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日

３　事業の内容

（１）研修先（変更があればその理由）

（２）研修内容

（３）その他

４　当初事業目標（研究、研修内容）からみた達成状況の自己評価（いずれかに○）

　　A（１００％以上の達成）　　B（ほぼ達成）　　C（不十分であった）

［評価理由］

５　研修期間中の研修内容に関する学会発表や、論文があれば記入してください。

６　同じ施設に、今後留学する予定者はいますか。

７　来年度以降の計画

【作成上の留意事項】

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

（別紙６）

支出額報告書（総括表）

申請事業者名（　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 実事業費 | 補助金充当額 | その他の財源 |
| 総額 |  |  | 施設負担 | その他 |
| 個別：A |  |  |  |  |
| 個別：B |  |  |  |  |
| 個別：C |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

費目調書（総計表：施設計）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出額 | 備考 |
| （１）研修機関までの往復旅費 |  |  |  |
| （２）住居費 |  |  |  |
| （３）研修費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※領収書の写しを添付してください。

費目調書（個別表）

派遣対象者氏名（　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出額 | 備考 |
| （１）研修機関までの往復旅費 |  |  |  |
| （２）住居費 |  |  |  |
| （３）研修費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※領収書の写しを添付してください。

（別紙７）

平成　　年　　月　　日

一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

報告者　住　所

　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

事業完了報告書

　　　　　　　　　　は、認定看護師資格取得支援事業費補助金を受け、職員の

　　　を研修させましたが、　　　　　　は、下記のとおり、事業終了後の１年間を高知県内の医療機関又は教育関連機関で勤務しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務した期間 | 医療機関名 |
|  |  |
|  |  |