第１号様式

第　　　　　号

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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業　補助申請書

平成２４年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費交付要綱第４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　補助事業の目的及び内容

２　補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

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）事業計画書（別紙１）

　　（２）収支予算書

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２４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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費

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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業に係る補助申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

**{　補助採択　}**

１　補助決定額　　金　　　　　　　　　　　　円

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

３　補助条件

　　・提出した事業計画書（別紙１）に則り、事業を実施すること

・なお、補助決定額が補助申請額から減額されている場合は、当該補助決定額を踏まえて、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

第　　　　　号

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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費補助金

変更（中止・廃止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付２４高医再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました補助事業について、下記により変更（中止・廃止）したいので、上記補助金交付要綱第６条第３項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

１　変更（中止・廃止）理由

２　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）

　　　別表のとおり

第４号様式

第　　　　　号

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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費補助金

概算払請求書

平成　　年　　月　　日付２４高医再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました補助事業について、平成２４年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業について、補助金を上記補助金交付要綱第７条第２項の規定により概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助金交付決定額　　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　円

残額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費費補助金　請求書

平成　　年　　月　　日付２４高医再発第　　　号で補助の決定がありました平成２４年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業について、上記補助金交付要綱第７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

第　　　　　号

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年度臨床研修医資質向上合同研修支援事業費補助金　実績報告書

平成　　年　　月　　日付２４高医再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました補助事業の実績報告を、上記補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり提出します。

記

１　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　円

２　実績額　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

　（１）事業報告書（別紙２）

　（２）収支決算書

 (別紙１)

事業（研修）計画書

　補助事業者名（　　　　　　　　　）

１　事業の概要

２　現状・課題

３　これまでの取り組み

４　事業実施の目的、必要性

５　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

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（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視点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)

事業（研修）報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助事業者名（　　　　　　　　　）

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

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（５）その他

３　事業目標（効果）の達成状況

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、高知県の医療の発展に貢献できる視点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。