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

　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

平成２９年度専門医等資質向上支援事業　補助申請書

平成２９年度専門医等資質向上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　補助申請額　　金　　　　　　　　　　　円

２　事業（研修）計画書（別紙１）

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）履歴書（別紙２）

　（２）推薦書（別紙３）

　（３）支出予定額調書（別紙４）

　（４）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

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　様

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋

平成２９年度専門医等資質向上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２９年度専門医等資質向上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項の規定に基づく助成評価委員会での選考を踏まえ、下記の結果と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（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、当該補助決定の内容を踏まえて、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等を守ること

**{　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

平成２９年度専門医等資質向上支援事業費補助金　（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２９年度専門医等資質向上支援事業について、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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

平成２９年度専門医等資質向上支援事業費補助金　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２９年度専門医等資質向上支援事業について、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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

平成２９年度専門医等資質向上支援事業費補助金　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２９年度専門医等資質向上支援事業について、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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　印

平成２９年度専門医等資質向上支援事業費補助金　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２９年度専門医等資質向上支援事業について、上記補助金交付要綱第１０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）

４　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙６）

(別紙１)

事業（研修）計画書

申請者　所属（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　事業対象者氏名（　　　　　）医師経験年数　　年

※グループ申請の場合は記載欄をコピーして個人ごとに記載すること。

　　学会への所属の状況　　※行数は適宜増やして下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属学会名 | 入会年月日 | 取得済みの資格について |
| 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　補助を受けて取得しようとする資格について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学会名 | 資格名 | 取得予定年月日（※初回の申請の場合は3年以内2回目の申請の場合は2年以内の資格取得を目指すこと） | 申請回数 |
|  |  |  | 今回　　回目 |
| 資格取得のための要件（簡潔に） | 今年度の実施計画 |
|  |  |

２　自己や所属する医療機関の、申請分野の現状と課題

３　専門医資格取得までのスケジュール

４　当該専門医資格の取得による、高知県の医療への貢献

５　専門医取得後の計画

【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２）

事業対象者履歴書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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

推薦者　住　所

　　　名　称

　　　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　印

推　　薦　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者の所属機関 |  |
| 申請者の職種・氏名 |  |
| 推薦理由 |  |

（別紙４）

支出予定額調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出予定額 | 備考 |
| （１）学会等への参加経費 |  |  |  |
| （２）研修費 |  |  |  |
| （３）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| （４）間接経費 |  |  | 参考（(１)～(３)合計額）×５％の額＝（ ） |
| 計 |  |  |  |

※具体的に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 間接経費経理責任者 | 職　名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。

（別紙５）

事業（研修）報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　補助対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 学会名 | 資格名 | 取得予定年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　補助申請時に計画した、専門医資格取得に向けての活動・事業の内容

３　活動実績の概要

　　（１）学会等への参加　※行数は適宜増やして下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 旅行期間 | 参加者名 | 学会等の名称 | 開催場所 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　回参加

　　（２）学会等での発表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発表者 | 学会名 | 発表内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（３）作成した論文名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 作成者 | 論文名 | 掲載雑誌名 | 掲載年月（予定を含む） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　編

４　当初目標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　来年度以降の計画

（別紙６）

支出額報告書

申請者　所属（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出額 | 備考 |
| （１）学会等への参加経費 |  |  |  |
| （２）研修費 |  |  |  |
| （３）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| （４）間接経費 |  |  | 参考（(１)～(３)合計額）×５％の額＝（ ） |
| 計 |  |  |  |

※領収書の写しを添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 間接経費経理責任者 | 職　名 |  |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |

※間接経費を含めて申請する場合は、必ず記載してください。

（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

専門医資格取得連絡票

　私、　　　　　　　は、平成　　年度及び平成　　年度専門医等資質向上支援事業費補助金を受け、専門医資格の取得に取り組みましたが、平成　　年　　月　　日に

　　　　　　　学会の専門医資格を取得することができましたので報告します。

添付書類　　専門医資格登録証の写し