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31年度専門医等養成支援事業　補助申請書

平成31年度専門医等養成支援事業費補助金交付要綱第５条第１項の規定により、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31年度専門医等養成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31年度専門医等養成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

**{　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　事業実施にあたって

　　・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

・交付要綱で定められた事項等を守ること

４　採択条件

　　・条件付き採択の場合は、この通知書の内容を踏まえて事業（研修）計画書（別紙１）等の必要箇所を修正し、通知書を受け取ってから２週間以内に再度提出すること

**{　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31年度専門医等養成支援事業費補助金　（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31年度専門医等養成支援事業について、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条第３号の規定により、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31年度専門医等養成支援事業費補助金　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31年度専門医等養成支援事業について、上記補助金付要綱第８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31年度専門医等養成支援事業費補助金　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31年度専門医等養成支援事業について、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31年度専門医等養成支援事業費補助金　実績報告書

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31年度専門医等養成支援事業について、上記補助金交付要綱第10条第１項の規定により、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　事業の概要

２　申請医療分野の現状と課題

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）指導者氏名

（２）補助対象者　　合計　　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 医師経験年数 | 補助を受けて取得しようとする資格 |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得予定日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（３）実施方法

|  |  |
| --- | --- |
| 資格取得のための要件（簡潔に） | 今年度の実施計画 |
| 資格名： | 氏名：・・氏名：・・ |
| 資格名： | 氏名：・ |

（４）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枚程度に、具体的に簡潔に記入してください。

（別紙２）

申　請　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）自主勉強会等開催経費 |  |  |  |
| （２）学会等への　　　参加経費 |  |  |  |
| （３）研修支援費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| （５）指導のために要する経費 |  |  | 参考（(１)～(４)合計額）×20％の額＝（ ） |
| （６）間接経費 |  |  | 参考（(１)～(５)合計額）×５％の額＝（ ） |
| 計 |  |  |  |

※具体的に記入してください。

※（３）研修支援費で手技練習用医療機器の購入を希望する場合は見積書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５）

事業（研修）報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　補助申請時に取得させることを計画した資格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 補助を受けて取得させたい資格 |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得予定日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２　事業実施期間

　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

３　活動実績の概要

（１）実施体制

（２）事業対象者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 主な活動内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（３）実施内容

　（１）学会等への参加　※行数は適宜増やして下さい。

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

（２）学会等での発表（種別は　主：発表者、共：共同演者）

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

（３）作成した論文名（種別は　主：筆頭者、共：共著者）

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

（４）その他

４　活動の成果

（１）年度内に取得させることができた資格（申請時に取得を計画していた資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 補助を受けて取得させた資格 |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（２）年度内に取得させることができた資格（上記以外の資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 補助を受けて取得させた資格 |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　【目標とした資格取得に向けての進捗状況】

（記載例を参考に、１年間の進捗状況を記載してください。）

５　当初事業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］

（指導スタンスや、専門医の資格取得の状況等について自由に記載してください。）

６　　来年度以降の計画

【目標とした資格取得に向けての計画】

（記載例を参考に、これからの見通しを記載してください）

【何か予定しているイベントがあればお書きください】

（（別紙５）事業（研修）報告書　記載例）

１～３　（略）

４　活動の成果

（１）年度内に取得させることができた資格（申請時に取得を計画していた資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 補助を受けて取得させた資格 |
| 領域(学会)名 | 資格名 | 取得年月日 |
| A | 消化器外科 | 日本消化器外科学会 | 消化器外科専門医 | 2020年1月1日 |
| B | 消化器・一般外科 | 日本外科学会 | 外科専門医 | 2020年1月1日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（２）年度内に取得させることができた資格（上記以外の資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所属 | 補助を受けて取得させた資格 |
| 領域(学会)名 | 資格名 | 取得年月日 |
| A | 消化器外科 | 日本消化器病学会 | 消化器病専門医 | 2019年9月1日 |
| C | 消化器外科 | 日本消化器内視鏡学会 | 消化器内視鏡専門医 | 2020年2月1日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【目標とした資格取得に向けての進捗状況】

（記載例を参考に、１年間の進捗状況を記載してください。）

A医師：学会発表を行い、外科学会、消化器外科学会等に参加し、論文を作成した。予定通り、年度内に消化器外科専門医を取得した。また、消化器病専門医を取得することができた。

B医師：学会発表を行い、学会にも参加し、論文を作成中である。予定通り、年度内に外科専門医を取得した。

C医師：学会発表を行い、学会にも参加し、論文を作成中である。予定していた年度内の消化器外科専門医の取得はできなかったが、申請時に記載していなかった消化器内視鏡専門医を取得することができた。

D医師：外科学会、消化器外科学会等に参加し、論文を作成中である。学会発表の件数がたりず、予定した2019年度内に外科専門医を取得することができなかった。

E医師：学会発表を行い、学会にも参加し、論文を作成中である。専門医取得に向けて手術経験を積んでいるところで、外科専門医受験は当初の申請通り2020年度の予定である。

５　当初事業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］

（指導スタンスや、専門医の資格取得の状況等について自由に記載してください。）

６　来年度以降の計画

【目標とした資格取得に向けての計画】

（記載例を参考に、これからの見通しを記載してください。）

A医師：今後、日本内視鏡学会技術認定医を目指す。

B医師：予定通り、年度内に外科専門医を取得した。今後は乳腺外科、内分泌外科の専門性を志向し、その専門医を目指す予定である。

C医師：作成中の論文が採用されれば、1年遅れとなるが、2020年度内に消化器外科の専門医試験を受験する。

D医師：2020年4月に外科学会でも発表が採択されており、発表件数の要件を満たすので、2020年度内に外科学会専門医試験を受験する。

E医師： 2020年度中に外科学会専門医試験を受験する。

　なお、２名の医師が新しく消化器・一般外科にプログラム登録されて、専門医を目指す予定である。

【何か予定しているイベントがあればお書きください】

（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）自主勉強会等開催経費 |  |  |  |
| （２）学会等への　　　参加経費 |  |  |  |
| （３）研修支援費 |  |  |  |
| （４）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| （５）指導のために要する経費 |  |  | 参考（(１)～(４)合計額）×20％の額＝（ ） |
| （６）間接経費 |  |  | 参考（(１)～(５)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

　事業対象者である　　　　　　　は、平成　　年度及び平成　　年度専門医等養成支援事業費補助金を受け、専門医資格の取得に取り組み、平成　　年　　月　　日に　　　　　　　　学会の専門医資格を取得し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