第１号様式

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金補助申請書

令和５年度指導医資格取得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　事業計画書（別紙１）

３　補助事業実施期間

　　　令和　　年　　月　　日から令和　　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

※申請前に必ず令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金交付要綱で申請者の要件や補助の条件をご確認ください。

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　　号

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金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令和５年度指導医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　・　不採択　}**

１　補助(予定・決定)額　　金　　　　　　　　　　　　円

　　※令和５年度補助額は、令和５年９月を目途に決定する。決定までに請求できる概算払額は、補助額(予定)の２分の１を上限とする。

※補助額のうち書籍購入費上限額は150,000円とする。

２　補助事業実施期間　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

３　事業実施にあたって

　・提出した事業計画書（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。

・当事業の補助要件「指導医資格を取得した後に、補助を受けた期間と同期間、高知県内の学会認定病院又は教育関連病院で医師の指導に協力すること」を遵守すること。なお、この要件を満たさなくなる可能性が生じた際には理事長に協議すること。

・指導医の資格取得後、要件を満たした際には事業完了報告書（別紙８）を提出すること。

４　採択条件

・条件付採択の場合は、この通知書の内容を踏まえて事業計画書（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。

第３号様式

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金　（変更・中止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和５年度指導医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

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金　概算払請求書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和５年度指導医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

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金　請求書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和５年度指導医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

令和　　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

令和５年度指導医資格取得支援事業費補助金　実績報告書

令和　　年　　月　　日　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和５年度指導医資格取得支援事業について、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　事業報告書（別紙５）

４　補助事業実施期間

５　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙６）

　（２）支出に伴う証拠書類（領収書のコピー、学会等参加証、書籍一覧など）

(別紙１)

事業計画書

申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　支援事業のこれまでの利用状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事 業 名 | 指導医資格取得  支援事業 | 専門医等資質向上  支援事業 | 医師留学支援事業 |
| 利用回数 |  |  |  |

※「専門医等養成支援事業」及び「医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠（旧：後期研修医特別枠）】」の利用については、記載不要です。

２　学会への所属の状況　　※行数は適宜増やしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属領域（学会）名 | 入会年月日 | 取得済の資格について | |
| 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※「取得年月日」は少なくとも年月までは必ず記載してください。

３　補助を受けて取得しようとする資格について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 領域（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 | 資格取得に向けての状況  （進捗状況など） | | 今年度の実施計画 | |
|  |  | |  | |

　※「資格取得のための要件」、「資格取得に向けての状況」、「今年度の実施計画」は簡潔に記載してください。

　※「資格取得に向けての状況」は資格取得の要件に対して現時点での達成状況（例えば、○○学会発表１回、指導医講習会を１回受講、筆頭著者論文を１編作成など）を記載してください。

４　資格取得までのスケジュール

　※資格取得までに参加する学会等や論文投稿、認定施設での必要勤務期間、申請書提出、受験時期などを完結に記載してください。

　【記載例】令和○年○月　　○○○○○学会参加（発表）

　　　　　　令和○年○月　　審査書類提出

５　自己や所属する医療機関の、申請分野の現状と課題

６　当該資格の取得による、高知県の医療への貢献

７　指導医取得後の計画

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。

○※の注意書きは、申請書提出時には削除して構いません。

（別紙２）

申　請　者　履　歴　書

　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　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）

令和　　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５）

事業報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　補助申請時に取得することを計画した資格

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得予定年月日 |
|  |  |  |

２　活動実績の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 今年度の実施計画 | 実施計画に対する実績の概要 |
| ※計画書の内容をコピーしてください。 | ※計画に対してどのように事業を実施したかを記載してください。目標の達成状況については、後に出てくる「４当初目標からみた達成状況の自己評価」に記載してください。 |

　　（１）学会等への参加　※行数は適宜増やしてください。

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

合計　　回参加

　　（２）学会等での発表

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

（３）作成した論文名

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

合計　　編作成

３　活動の成果

（１）年度末までに取得できた資格（申請時に取得を計画していた資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |

（２）年度末までに取得できた資格（取得を計画していなかった資格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領域（学会）名 | 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |  |

※取得できた資格については、（別紙７）資格所得連絡票に指導医資格登録票の写しを添付して提出してください。

４　当初目標からみた達成状況の自己評価

　　※Ａ、Ｂ、Ｃのいずれか該当する評価に〇をつけてください。評価は、計画に対して実績がどのようであったかを評価し、またその理由を具体的に記載してください。

　　A（100％以上の達成）　　B（ほぼ達成）　　C（不十分であった）

【評価理由】

　　※予定通り資格取得できなかった場合は、達成できなかった理由を記載してください。また、「５　来年度年度以降の計画」に今後の取得予定を記載してください。

５　来年度以降の計画

　　※来年度以降に高知県外への異動が予定されている場合は、その内容も記載してください。

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。

○※の注意かきは、報告書提出時には削除して構いません。

（別紙７）

令和　　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

指導医資格取得連絡票

　私、　　　　　　　は、令和　　年度及び令和　　年度指導医資格取得支援事業費補助金を受け、指導医資格の取得に取り組み、令和　　年　　月　　日に

　　　　　　　学会の指導医資格を取得しましたので報告します。

添付書類　　指導医資格登録証の写し

（別紙８）

令和　　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

　私、　　　　　　　は、令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日までの間、指導医資格取得支援事業費補助金を受け、令和　　年　　月　　日に指導医の資格を取得しました。下記のとおり、補助を受けた期間と同期間、高知県内の学会認定病院又は教育関連病院で医師の指導に協力しましたので報告します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協力した期間 | 病院名 | 協力した内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |