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　（自署又は記名押印）

令和６年度専門医等養成支援事業費補助金補助申請書

令和６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　補助対象者一覧（別紙１）事業

３　事業計画書（別紙２）

４　補助事業実施期間

　　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

５　添付書類

　（１）履歴書（別紙３）

　（２）推薦書（別紙４）

　（３）支出予定額調書（別紙５）

　（４）その他参考書類

※申請前に必ず令和６年度専門医等養成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。

※補助対象者が少人数の場合は、内科系、外科系でまとめて申請いただいて構いません。

※補助対象者が専門研修プログラム内で連携施設や関連施設に行かれる場合は、原則、基幹施設から申請いただくようにお願いします。

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６年度専門医等養成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６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　・　不採択　}**

１　補助(予定・決定)額　　　金　　　　　　　　　　　　円

　※令和６年度補助額は、令和６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は補助額の20％と40万円（補助対象者が１名の場合は30万円）の少ない方を上限とする。

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。

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　（自署又は記名押印）

令和６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

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６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

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　（自署又は記名押印）

令和６年度専門医等養成支援事業費補助金　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６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

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　（自署又は記名押印）

令和６年度専門医等養成支援事業費補助金　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６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

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　（自署又は記名押印）

令和６年度専門医等養成支援事業費補助金　実績報告書

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６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　補助対象者一覧及び資格取得状況（別紙６）

４　事業報告書（別紙７）

５　補助事業実施期間

６　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙８）

　（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２)

事業計画書

申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

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

　　※指導にあたる方をすべて記載してください。

（２）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：・ |

（３）その他

６　事業の目標（期待される効果）

　※高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記載してください。

７　事業実施後の計画

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚程度に、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３）

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４）

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　（自署又は記名押印）

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７）

事業報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　活動実績の概要

（１）指導者氏名

（２）実施内容

　（１）学会等への参加　※行数は適宜増やして下さい。

　　補助対象者

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実人数　名、延べ　　回参加

指導者

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　実人数　名、延べ　　回参加

※補助金を使用して参加した学会について記載してください。

　　※補助対象者と指導医はそれぞれの欄に記載してください。

　　※別紙にしていただいても構いません。

（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） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合計　　編作成

（４）その他

２　補助対象者の進捗状況と来年度以降の計画

※１年間の進捗状況と来年度以降の計画を記載してください。また、来年度、異動等により補助対象外となる対象者がいる場合は、その旨を記載してください。

※予定どおり今年度に資格取得できなかった場合は、「来年度以降の計画」欄に取得予定日を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | １年間の進捗状況 | 来年度以降の計画 |
|  |  |  |
|  |  |  |

３　当初事業目標からみた達成状況の全体の評価

　　※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全体として評価し、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】

　　※指導スタンスや専門医の資格取得の状況等について評価した理由を記載してください。

　　※予定通り資格取得できなかった補助対象者については、達成できなかった理由を記載してください。

＜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。

○※の注意書きは、報告書提出時には削除して構いません。

（別紙９）

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　（自署又は記名押印）

専門医資格取得連絡票

　事業対象者である　　　　　　　は、令和　　年度及び令和　　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、令和　　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