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年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】補助申請書

令和６年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】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　留学事業計画書（別紙１）

３　補助事業実施期間（留学期間）

　　　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

留学先の受入承諾書等

※申請前に必ず令和６年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】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。

※原則、臨床研修及び専門研修プログラムの範囲内の研修は対象外です。

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年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】

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年度医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠】に係る補助申請については、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。

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

３　事業実施にあたって

　・提出した留学事業計画書（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「補助対象事業終了後、１年以上高知県内の医療機関で勤務すること」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。

・事業終了後、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留学事業計画書（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年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】

（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年度医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠】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年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】　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年度医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠】について、上記補助金交付要綱第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

補助金交付決定額　　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年度医師留学支援事業費補助金【臨床研修医及び専攻医特別枠】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年度医師留学支援事業【臨床研修医及び専攻医特別枠】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　交付決定額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　実　績　額　　金　　　　　　　　　　　　円

３　留学事業報告書（別紙６）

４　補助事業実施期間

５　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙７）

　（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)

留学事業計画書

申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　事業の概要

２　これまでの取り組み（申請者のアピール）

３　留学の目的、必要性

４　留学事業の内容

（１）留学・研修先（受け入れ許可文書を添付してください）

（２）今回の留学・研修先選定理由

（３）事業実施期間（留学期間）

　　　　　令和　　年　　月　　日〜令和　　年　　月　　日（○か月）

（４）研究、研修内容

（５）留学先での雇用形態、給料・手当等、その他の補助の有無

（６）家族同行の有無（予定で結構です）

　　　同行予定　・　同行者なし

（７）その他

５　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。

６　事業実施後の計画

＜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 |  |  | | |
| 語学力※ |  | | | |

※語学力：国外への留学のため補助金の交付申請を行う場合は記載してください。

（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　（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５）

留学経過報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　補助金申請時に計画した事業の概要

２　事業実施期間（留学期間）

　　　　令和　　年　　月　　日〜令和　　年　　月　　日

３　留学事業の内容

（１）留学・研修先（変更があればその理由）

（２）研究、研修内容

（３）その他

４　今年度中の実績

（１）今年度の状況

（２）学会等での発表　※行数は適宜増やして下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |
|  |  |  |
|  |  |  |

５　来年度以降の計画

＜作成上の留意事項＞

○事業実施期間が年度をまたぐ場合は、今年度中の実績を３月末に提出してください。

○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６）

留学事業報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所属施設名（　　　　　　）

診療科等（　　　　　　）

氏名（　　　　　　）

１　補助金申請時に計画した事業の概要

２　事業実施期間（留学期間）

　　　　令和　　年　　月　　日〜令和　　年　　月　　日

３　留学事業の内容

（１）留学・研修先（変更があればその理由）

（２）研究、研修内容

（３）その他

４　当初事業目標（研究、研修内容）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】

５　留学期間中の研修、研究内容に関する学会発表や、論文があれば記載してください。

　　（１）学会等での発表　※行数は適宜増やして下さい。

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

（２）作成した論文名

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

６　今後同じ施設に、あなたの施設から留学する予定者はいますか。

７　来年度以降のあなたの計画

　　※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。

※高知県の医療の発展の視点を加えて記載してください。

＜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　（自署又は記名押印）

事業完了報告書

　私、　　　　　　　は、令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日までの間、医師留学支援事業費補助金【初期臨床研修医及び専攻医特別枠】を受けました。下記のとおり、事業終了後の１年間を高知県内の医療機関で勤務しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務した期間 | 医療機関名 |
|  |  |
|  |  |