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

　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

平成２４年度指導医招聘確保支援事業　対象事業者承認申請書

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金交付要綱第３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　対象事業の目的及び内容

２　事業計画の概要

（１）　事業予算総額　　　　金　　　　　　　　　　　　円

　　　　うち、補助申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

（２）　事業実施期間

　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

（３）　事業の方法

３　添付書類

　　（１）事業計画書（別紙１）

　　（２）収支予算書（別紙２）

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　　号

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　　　名　称

　　　　代表者　　　　　　　　　　　　様

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助対象事業者

承認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２４年度指導医招聘確保支援事業に係る補助対象事業者承認申請については、上記補助金交付要綱第５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

**{　補助事業者承認・補助事業者条件付承認　}**

１　補助予定額　　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

　　・提出した事業計画書（別紙１）に則り、事業を実施すること

・なお、補助事業者条件付承認の場合は、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、事業計画書（別紙１）を提出すること。

・事業計画書に則り、県外から指導医を招聘・採用できたとき、又は、就業確約書等により招聘・採用が確実になったとき、補助事業者は補助金の交付申請ができること

・承認された補助事業実施期間に招聘・採用ができなかった場合、補助対象事業に要した経費の額に関わらず、補助事業者は補助金の交付申請ができないこと

　　・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

**{　補助事業者として不承認　}**

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

　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金　交付申請書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で承認の決定がありました補助対象事業が完了しましたので、上記補助金交付要綱第６条第１項の規定により補助金を交付されるよう請求します。

記

１　招聘・採用した医師の氏名及び指導医資格等

２　採用年月日及び採用後の職名等

３　補助申請額等

（１）補助申請額 金　　　　　　　　　　　　円

（２）事業経費総額 金　　　　　　　　　　　　円
 うち　招聘した医師に係る人件費　金　　　　　　　　　　　　円（年間予定額）

 うち　招聘に要した経費　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

４　添付書類

（１）採用した医師の履歴書　　　　（４）招聘・採用した医師の前年度の源泉徴収票

（２）支出額調書　　　　　　　　　（５）給与規程

（３）採用予定の場合は、就業確約書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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４号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　　号

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

　　　　名　称

　　　　代表者　　　　　　　　　　　　様

　一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金の交付決定について

　貴殿が提出した平成　　年　　月　　日付平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金交付申請書及び添付資料を審査した結果、貴殿に対する平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金の額は下記の額となりましたので、通知いたします。

記

１　補助額　金　　　　　　　　　　　円

２　招聘した医師に対する人件費への補助期間

　　平成　　年　　月　　日~平成　　年　　月　　日

３　留意事項

　本補助金交付要綱の各条文、特に第９条を順守し、医師採用後１年を経過した日を起点に３０日以内に、実績報告書を理事長に提出すること。

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

　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費事業計画（変更・中止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で承認の決定がありました事業計画について、下記により（変更・中止）したいので、上記補助金交付要綱第８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、なし

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

　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

平成２４年度指導医招聘確保支援事業費補助金　実績報告書

平成　　年　　月　　日付　　高再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました補助事業の実績報告を、上記補助金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり提出します。

記

１　交付額　　金　　　　　　　　　　　　円

２　実績額　　金　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

　（１）事業報告書（別紙３）

　（２）収支決算書（別紙４）

(別紙１)

事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　）

１　事業の概要

２　施設の現状と課題（招聘想定医師の専門領域を中心に記載してください）

３　これまでの経緯と招聘に向けた取り組み

４　事業実施の目的、必要性

５　事業の内容

（１）実施体制

（２）実施方法

（３）招聘活動実施期間

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（４）招聘しようとする医師像の概要（専門分野、年次、資格等）

（５）採用予定年月日

　　　　　平成　　年　　月　　日

（６）その他

６　事業の目標（招聘によってもたらされる効果）

７　事業実施後の計画

【作成上の留意事項】

○事業の目標（招聘によってもたらされる効果）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枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

（別紙２）

収支予算書

|  |  |
| --- | --- |
| 収入の部 | 支出の部 |
| 内　容 | 金　額 | 内　容 | 金　額 |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  | 合　計 |  |

(別紙３)

事業報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　　）

１　事業の内容

1. 招聘対象者

・現施設における所属及び職名

・氏名

・専門分野

・経験年数

（２）招聘活動期間及び招聘方法

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（３）採用年月日及び勤務予定期間

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（４）その他

２　招聘医師の施設内活動内容

３　招聘医師が県内の医療に及ぼした影響

４　来年度以降の貴院の医師確保の計画

【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４）

収支決算書

|  |  |
| --- | --- |
| 収入の部 | 支出の部 |
| 内　容 | 金　額 | 内　容 | 金　額 |
|  |  |  |  |
| 合　計 |  | 合　計 |  |

（別紙５）

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

事業完了報告書

　　　　　　　　　　は、指導医招聘確保支援事業費補助金を受け、指導医　　　　　　を平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで継続して雇用しました。補助の要件でありました２年間の雇用期間を満了しましたので報告します。