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２４年度専門医等養成支援事業　補助申請書

平成２４年度専門医等養成支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、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２４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２４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

**{　補助採択・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　補助条件

　　・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

・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定額を踏まえて、この通知書を受け取ってから２週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙１)を提出すること

・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２４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　　　号で交付の決定がありました補助金について、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２４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　　　号で補助金の交付の決定がありました補助事業について、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

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２４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２４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２４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　　　号で交付の決定がありました補助金について、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　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）実施体制

（２）事業対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 経験年数 | 所属学会名 | 専門医資格取得予定日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（３）実施方法

（４）事業実施期間　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（５）（事業実施期間が複数年度に亘る場合は）平成２４年度の事業計画

（６）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枚以内に、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　補助金申請時に計画した事業や対象の概要

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 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

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

（３）作成した論文名

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

（４）その他

３　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］

４　この事業による、高知県の医療への波及効果

５　来年度以降の計画

（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、専門医医資格の取得に取り組みましたが、平成　　年　　月　　日に　　　　　　　　学会の専門医資格を取得することができ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