第１号様式

第　　　　　号

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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業　補助申請書

平成２４年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費補助金交付要綱第４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　補助事業の目的及び内容

２　補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

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）事業（研修）計画書（別紙１）

　　（２）支出予定額調書（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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費

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年度看護職員・コメディカル職員研修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、下記のとおり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（研修）計画書（別紙１)等の必要書類を提出すること

・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

第　　　　　号

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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費補助金

（変更・中止）承認申請書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました平成２４年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業について、下記により（変更・中止）したいので、上記補助金交付要綱第６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

第　　　　　号

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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費補助金

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平成２４年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業について、補助金を上記補助金交付要綱第７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　　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　円

残額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　印

平成２４年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費補助金　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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業について、上記補助金交付要綱第７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

第　　　　　号

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年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業費補助金　実績報告書

平成　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助金の交付の決定がありました平成２４年度看護職員・コメディカル職員研修支援事業の実績報告を、上記補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり提出します。

記

１　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　円

２　実績額　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

　（１）事業（研修）報告書（別紙３）

　（２）支出額報告書（別紙４）

(別紙１)

事業（研修）計画書

　申請事業者名（　　　　　　　　　）

１　事業の概要

２　申請領域の高知県の現状と課題

３　これまでの取り組み

４　事業実施の目的、必要性（高知県特有の状況があれば触れてください）

５　事業の内容

（１）実施体制

（２）実施方法

（３）事業に参画する職能団体名と、実際に参加する人数（職能団体別）を記入して

　　ください。

（４）事業実施期間

　　　　　平成　　年　　月　　日〜平成　　年　　月　　日

（５）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視点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）

支出予定額調書

申請事業者名（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出予定額 | 備考 |
| （１）研修会等開催経費 |  |  |  |
| （２）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※具体的に記入してください。

(別紙３)

事業（研修）報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　　　　）

１　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　活動実績の概要事業の内容

（１）実施体制

（２）実施したセミナーについて（開催日時毎にお書きください）

※行数は適宜増やして下さい。案内チラシ等もあわせて提出してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開催日時 | 内容 | 参加者数 |
|  年 月 日　　時～　時 | セミナー名：講師名：講師の所属・肩書き：講演内容： | 合計　　　人（うち、申請者に所属する者　　人）職種別内訳　　　　　　人人 |
|  |  |  |

（３）その他

４　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］

５　今回の事業は高知県の当該領域の医療全体にどのような波及効果がありますか。

６　来年度以降の計画

【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）

支出額報告書

申請事業者名（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 費目 | ※内容 | 支出額 | 備考 |
| （１）研修会等開催経費 |  |  |  |
| （２）その他理事長が特に必要と認める経費 |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

※具体的に記入してください。