

## 医学生地域医療実習支援事業実施要綱

### 1 目的

高知県医師養成奨学貸付金等の貸し付けを受けている医学生等が高知県内での地域医療実習等へ参加することを支援するとともに、地域医療実習の充実・向上を図るための基礎資料を得る。

### 2 実施主体

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号 高知県庁本庁舎内  
一般社団法人高知医療再生機構

### 3 支援の対象者

原則として、高知県医師養成奨学貸付金及び高知県地域医療診療施設等勤務医師修学資金（高知県国保連合会）の貸し付けを受けている県外の医学生であって、高知県内で行われる家庭医道場などの地域医療実習に参加する者（ただし、地域医療に強い関心がある医学生や将来高知県で勤務する可能性が高い県外医学生が地域医療を学ぶための機会に対しては予算の範囲内で助成を認める場合がある）

### 4 支援対象経費

地域医療実習等に参加するために必要と認められる経費であって領収書等により支払ったことを明確に証明できる経費に対して、医学生1人あたり6万円の範囲内で助成する。 支援対象経費例 交通費、高速道路使用料、宿泊費、書籍購入費（1万円を上限とする）、傷害保険料 等

### 5 手続き等

#### (1) 申し込み方法

助成金の支給を希望する者は、実習開始の2週間前までに高知医療再生機構に「医学生地域医療実習支援事業助成申込書」及び地域医療実習の日程表を提出するものとする。提出は、FAX、メールでも差し支えない。

#### (2) 実習報告書の提出

(1)の申し込みを行った者は、地域医療実習終了後10日以内に、図表を含めて1600字以内で実習報告書（Word使用、横書き）をまとめ、「医学生地域医療実習支援事業研修報告及び領収書送付表」を電子データで送付するとともに、必要経費の領収書を別途郵送するものとする。なお、実習報告書には次の視点を盛り込むものとする。

- ・医学生から見た高知の地域医療の状況
- ・地域医療実習等の内容に対する意見  
(家庭医学道場などの地域医療実習に参加した場合のみ)
- ・今回の地域医療実習等で得たと考えられるもの

### 6 助成金の支給

高知医療再生機構は、報告書を確認後、指定の銀行口座へ助成金を振り込むものとする。

医学生地域医療実習支援事業助成申込書

一般社団法人 高知医療再生機構 あて

(FAX 088-855-5881 / e-mail info@kochi-mrr.or.jp)

提出日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	
現住所	
所 属	
実習等の期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
実習等の機関	
実習等の目標	
必要経費の積算	

医学生地域医療実習支援事業研修報告及び領収書送付表

一般社団法人 高知医療再生機構 あて  
 (FAX 088-855-5881 / e-mail info@kochi-mrr.or.jp)

提出日	平成 年 月 日
ふりがな 氏 名	
現住所	
所 属	
実習等の期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
実習等の機関	
必要経費の内訳	※別途、領収書を郵送してください。
助成金の 振込口座	銀行 _____ 店 口座種別 普通・その他 ( _____ ) 口座番号 _____ 口座名義 _____