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

医師招聘活動事業費補助金交付申請書

医師招聘活動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　補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　円

　　※求人広告掲載料の見積書又は契約書の写しを添付してください。

２　事業計画

　（１）求人広告の掲載

　　　　予定サイト名

　　　　掲載予定期間　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

　（２）求人内容

　　　　診療科

　　　　求人数

３　「こうち医師ウェルカムネット」への求人登録状況

　　登録日：平成　　年　　月　　日

担当者名

電話番号

第２号様式

番　　　　　　　　　号

平成　　年　　月　　日

　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

医師招聘活動事業費補助金交付決定書

　貴殿から申請のありました平成２５年度医師招聘活動事業に係る補助金の申請については、下記のとおり交付を決定しましたので通知します。

記

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

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

医師招聘活動事業費補助金（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補助事業について、下記により（変更・中止）したいので、医師招聘活動事業費補助金交付要綱第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

担当者名

電話番号

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

　　住　所

　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

医師招聘活動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、医師招聘活動事業費補助金交付要綱第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　　　　　　　　　　　　　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

担当者名

電話番号

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

医師招聘活動事業費補助金請求書

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、医師招聘活動事業費補助金交付要綱第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

担当者名

電話番号

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

医師招聘活動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補助事業の実績報告を、医師招聘活動事業費補助金交付要綱第９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

　　※求人広告の写し及び実績額を確認できる書類（領収書等の写し）を添付してくだ

　　　さい。

３　事業報告書　　別紙のとおり

担当者名

電話番号

（別紙）

事　業　報　告　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

１　求人広告の掲載

　（１）掲載サイト名

　（２）掲載期間　　　　　平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで

　（３）求人内容

　　　　　診療科

　　　　　求人数

２　招聘活動

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月 | メール送信数 | 医師からの  返信メール数 | 面談数 |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| １０ |  |  |  |
| １１ |  |  |  |
| １２ |  |  |  |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| 計 |  |  |  |

　　　　　※面談数には電話対応を含む

３　招聘実績

　　　診療科

　　　雇入数

　　　雇入日