

## 令和3年度研修病院見学支援事業実施要綱

### 1 目的

高知県内での初期臨床研修又は専門研修（後期臨床研修）を検討している県外在住の医学生又は研修医に対して、病院の見学を行う際に必要となる宿泊費に助成することによって、医学生等の選択肢を広げるとともに、高知県内の基幹型臨床研修病院で研修する医師の増加を図る。

### 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

高知県内での初期臨床研修を検討している県外在住の医学生であって高知県内の基幹型臨床研修病院を2カ所以上見学しようとする者、又は、高知県内での専門研修（後期臨床研修）を検討している県外在住の初期臨床研修医であって高知県内の研修病院を見学しようとする者

### 4 支援対象経費

病院見学の行程上必要と認められる宿泊に対して、一泊あたり定額1万円（3泊までを限度とする）を助成する。

### 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、各病院との見学日程の調整を行った後、病院見学の2週間前までに高知医療再生機構に「研修病院見学支援事業助成申込書」をFAX又はEメールにて提出するものとする。

なお、高知医療再生機構が指定する「病院見学申込みフォーム（※）」を使用し、支援の対象者に該当する者については、送信があった時点で助成申込みがあったものとして取り扱うこととする。

（※）病院見学申込みフォーム

<http://www.kochi-mrr.or.jp/learning/student/observation.html>

（高知医療再生機構HP）

#### (2) 報告書の提出

(1)の申し込みを行った者は、「研修病院見学支援事業報告書」に見学病院の受付印を押印してもらった後、機構にFAX又は郵送するものとする。

なお、見学病院からのメール連絡によって見学の事実が確認できた場合には、受付印の押印は省略できるものとする。

### 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。

令和3年度研修病院見学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メールアドレス info@kochi-mrr.or.jp)

提出日	令和 年 月 日
ふりがな 氏名	
現住所	
電話番号	
メールアドレス	
所属	
見学病院①・ 見学予定日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時
見学病院②・ 見学予定日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時
見学病院③・ 見学予定日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時
見学病院④・ 見学予定日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時



令和3年度研修病院見学支援事業報告書（病院で受付印をもらう場合）

一般社団法人 高知医療再生機構 あて

（送付先 〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20 高知県庁本庁舎内

一般社団法人高知医療再生機構／ FAX 088-855-5881）

※3病院以上を見学する場合にはこの用紙をコピーして使ってください。

提出日	令和 年 月 日
ふりがな 氏名	
この制度を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 合同説明会 <input type="checkbox"/> 機構HP <input type="checkbox"/> 友人・知人から <input type="checkbox"/> その他（ ）※該当箇所に「レ」すること。
見学病院名	
見学日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時
見学病院の 受付印等押印欄	
見学病院名	
見学日時	令和 年 月 日 時 ～ 月 日 時
見学病院の 受付印等押印欄	

<p>見学病院を 選んだ理由</p>	
<p>病院の感想 (記入いただいた 内容は病院には 送付しません)</p>	
<p>助成金の 振込口座</p>	<p>_____銀行_____店</p> <p>口座種別 普通・その他 ( _____ )</p> <p>_____口座番号_____</p> <p>_____口座名義_____</p>