第１号様式

令和　　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　（自署又は記名押印）

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金補助申請書

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金交付要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　事業費総額 金　　　　　　　　　　　　円

　　うち補助申請額　　 金　　　　　　　　　　　　円

２　事業（研修）計画書（別紙１）

　（複数を派遣する際は、全体及び派遣対象者個別の計画書を添付）

３　補助事業実施期間

　　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

４　添付書類

　（１）派遣対象者別の履歴書（別紙２）

　（２）派遣対象者別の同意書（別紙３）

　（３）総括支出予定額調書（別紙４）及び

複数を派遣する際は、派遣対象者別の支出予定額調書

　（４）派遣対象者別の合格通知書等

　（５）その他参考書類

※申請前に必ず令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金交付要綱で申請者の要件や補助の条件をご確認ください。

第２号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高医再発第　　　号

令和　　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

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金

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令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣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、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

**{　採択　・　条件付採択　・　不採択　}**

１　補助(予定・決定)額　　　金　　　　　　　　　　　　円

　　※令和６年度補助額は、令和６年９月を目途に決定する。決定までに請求できる概算払額は、補助額(予定)の２分の１を上限とする。

２　補助事業実施期間

　　　令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで

３　事業実施にあたって

　・提出した事業計画書（別紙１）に則り、事業を実施すること。

・交付要綱で定められた事項等を守ること。

４　採択条件

・条件付採択の場合は、この通知書の内容を踏まえて事業計画書（別紙１）等の必要箇所を修正し、通知書を受け取ってから２週間以内に再度提出すること。

第３号様式

令和　　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　（自署又は記名押印）

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金

（変更・中止）承認申請書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業について、下記により（変更・中止）したいので、上記補助金交付要綱第７条第３号の規定により、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

令和　　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　（自署又は記名押印）

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金　概算払請求書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業について、補助金を上記補助金交付要綱第８条第２項の規定に基づき概算払によって交付されるよう請求します。

記

補助決定額　　　　　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

令和　　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　（自署又は記名押印）

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金　請求書

令和　　年　　月　　日付　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業について、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

令和　　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　（自署又は記名押印）

令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金　実績報告書

令和　　年　　月　　日　　高医再発第　　　号で補助の決定がありました令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業について、上記補助金交付要綱第９条第１項の規定により、その実績を下記のとおり報告します。

記

１　補助決定額　　　　金　　　　　　　　　　円

２　実　績　額　　　　金　　　　　　　　　　円

３　事業（研修）報告書（別紙５）  
　（全体及び派遣者）

４　事業実施期間

５　添付書類

　（１）支出額報告書（別紙６）

　　　（全体及び派遣者別）

（２）支出に伴う証拠書類（領収書のコピー、学会等参加証、書籍一覧など）

(別紙１－１)

事業計画書（全体）

※申請者が記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　）

１　事業の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣対象者氏名 | 研修予定先 | 受講予定コース名 | 研修予定期間 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

２　施設の現状と課題及びこれまでの取り組み状況  
※病院全体として派遣予定者の研修領域を中心に記載してください。

３　事業実施の考え方

（１）事業実施の目的と必要性

（２）研修予定先と研修コースの選択理由

（３）研修に要する費用負担の考え方

　　※研修中の職員の身分や病院負担と個人負担がどのように設定されているか等を記載してください。

６　事業の目標（期待される効果）

※高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記載してください。

７　事業実施後の計画

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。

○※の注意書きは、申請書提出時には削除して構いません。

(別紙１－２)

事業計画書（派遣対象者別）

※派遣される対象者が記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　派遣対象者氏名（　　　　　　）

１　事業の概要

（１）研修予定先

（２）研修予定期間

（３）受講予定分野

（４）受講予定コースの概要

　　※募集要項のコピーを添付してください。

　　※受講にあたり試験等がある場合は、受験状況（未受験の場合は受験予定日）を記載してください。

２　これまでの取り組み（派遣対象者のアピール）

３　事業実施の考え方

（１）事業実施の目的と必要性

（２）研修予定先と研修コースの選択理由

４　期待される効果

　　※高知県の医療の発展に貢献できる目標、効果についても記載してください。

５　事業実施後の計画

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。

○※の注意書きは、申請書提出時には削除して構いません。

（別紙２）

派遣対象者履歴書

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　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）

令和　　年　　月　　日

一般社団法人高知医療再生機構

理事長　倉本　秋　　様

派遣対象者　 住所

　　　 施設及び役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名　（自署又は記名押印）

　私、　　　　　　は、所属する　　　　　　が令和６年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業を実施するに当たり、当該事業に基づく派遣研修の対象者として申請することに同意し、同事業が採択された場合は、本事業の補助の目的を十分に理解し、研修に精励し、高知県の医療の向上に貢献することを誓います。

（別紙５－１）

事業報告書（全体）

※申請者が作成してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者名（　　　　　　　）

１　事業の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣者氏名 | 研修先 | 受講コース名 | 研修期間 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※資格取得した時には、研修終了連絡票（別紙７）と修了証のコピーを提出してください。

※研修終了できなかった場合や期間が延長となったり、内容に変更などがあった場合は、その内容を備考欄に記載してください。

２　実施経費

　　（別紙６）支出額報告書のとおり

２　事業目標（効果）の達成状況と施設内での活用

　　※高知県の医療の発展の視点を加えて記載してください。

３　事業実施後の計画と今後の派遣予定者について

＜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。

○※の注意書きは、報告書提出時には削除して構いません。

（別紙５－２）

事業報告書（派遣者別）

※派遣される対象者が作成してください。

派遣者氏名（　　　　　　　）

１　事業の概要

（１）研修先

（２）研修期間

（３）受講コース名

（４）受講コース概要と受講状況

　　※受講コースの概要は、実際の研修で配布された研修スケジュールのコピーを添付してください。

　　※受講状況は終了した旨や、期間や内容に変更があった場合はそのことを記載してください。また、認定看護師認定審査の受診予定日を記載してください。

２　当初事業目標（研究、研修内容）からみた達成状況の自己評価

　　※Ａ、Ｂ、Ｃのいずれか該当する評価に〇をつけてください。評価は、計画に対して実績がどのようであったかを評価し、またその理由を具体的に記載してください。

　　A（100％以上の達成）　　B（ほぼ達成）　　C（不十分であった）

【評価理由】

３　研修期間中の研修内容に関する学会発表や、論文があれば記載してください。

４　来年度以降の計画

＜作成上の留意事項＞

○Ａ４版２枚以内に、具体的に簡潔に記載してください。

○※の注意書きは、報告書提出時には削除して構いません。

（別紙７）

令和　　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　（自署又は記名押印）

研修修了連絡票

　派遣対象者である　　　　　　　は、令和　　年度看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金を受け、　　　　　　　研修に取り組み、令和　　年　　月　　日に修了しましたので報告します。

添付書類　　研修修了証の写し

（別紙８）

令和　　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　（自署又は記名押印）

事業完了報告書

　　　　　　　　　　は、看護職員・医療スタッフ研修派遣支援事業費補助金を受け、職員の　　　　　　を研修させました。　　　　　　は、下記のとおり、事業終了後の１年間を高知県内の医療機関又は教育関連機関で勤務しましたので報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務した期間 | 医療機関又は教育関連機関名 |
|  |  |
|  |  |