

(様式第 1 号)

第 号  
令和 〇年 〇月 〇日

石川県知事 様

「代表」など役職も忘れずに記載願います。

住所 (所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地  
(名称) 〇〇〇〇〇研究会  
氏名 (代表者氏名) 代表 〇〇 〇〇

令和〇年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付申請書

令和〇年度において、下記のとおり石川県高度・専門医療人材養成支援事業を実施したいので、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて申請いたします。

記

1 申請額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円 ※千円未満切り捨て

2 収支予算書 (様式第 2 号)

所要額調書 (様式第 4 号) の H 欄 (補助所要額) を記載。総事業費ではなく、県補助額です。

3 事業計画書 (様式第 3 号)

4 事業実施期間 着手 (予定) 令和〇年〇〇月〇〇日  
完了 令和〇年〇〇月〇〇日

年度内の日付を記載してください

5 添付書類

- (1) 所要額調書 (様式第 4 号)
- (2) 所要額明細書 (様式第 5 号)
- (3) 履歴書 (別紙 1)
- (4) その他参考書類

発行責任者は、代表者や経理部門の長など、発行に当たり責任を有する者を記載。氏名はフルネームでお願いします。

〈発行責任者〉  
役職または所属 :  
氏 名 :  
T E L :  
〈担当者〉  
役職または所属 :  
氏 名 :  
T E L :  
e - m a i l :

(様式第2号)

令和〇年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業収支予算書

1 収入

項目	金額	備考
県補助金	△△円 ※千円未満切り捨て	高度・専門医療人材養成支援事業費補助金
自己資金	□□円	
合計	〇〇円	

県補助金だけでは足りない場合は、自己資金等、不足分を補うための財源をご記入ください

※他の資金、補助金等による収入がある場合は上記に記入してください。

2 支出

項目	金額	備考
研修会等開催経費	■ ■ 円	
その他知事が特に必要と認める経費	● ● 円	
合計	〇〇円	

上記の「収入」の合計額を同じ金額になります

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

(名称) 〇〇〇〇研究会

(氏名) 代表 〇〇 〇〇

申請書(様式第1号)と同じ日付を記載してください

※基本的には、現在よりも医療機能の強化につながる事業が対象となりますので、あまり基礎的すぎるものではなく、高度な技術・知識を要するもの、県内であまり普及していないもの、不足しているもの等について、ご記入ください。

(様式第3号)

事業計画書

研究会等の名称 ( ○○○○○研究会 )

代表者氏名 ( ○○ ○○ )

1 事業の分野 (対象分野に○をしてください)

がん      脳卒中      心血管疾患      糖尿病      精神      救急      災害  
 へき地      周産期      小児      在宅医療  
 (重点テーマ) 救急医療      周産期医療      ACP推進      看護師育成  
                          病院薬剤師育成      血液確保・供給・在宅輸血      被災者の健康支援

2 申請医療分野の現状と課題

.....

3 事業実施の目的、必要性

.....

4 事業の内容

(1) 研究会等の構成メンバー

氏名	所属	職種	経験年数	所属学会名
○○ ○○	○○病院	医師	○○年	○○○○○学会
△△ △△	△△病院	看護師	△△年	△△△△△学会
□□ □□	□□病院	薬剤師	□□年	□□□□□学会

※ 行が足りない場合は行を追加するか、「ほか医師○名、看護師○名」などご記入ください。

(2) 事業実施期間      令和○年○○月○○日 ～ 令和○年○○月○○日

(3) 事業の内容 (できるだけ具体的にご記入ください)

補助金を活用してどのような活動を行うのか、詳細にご記入ください。

【例】

項目 (事業内容)	内容	対象者	講師等
1 研究会実行委員会の開催 (年2回:○月・○月頃)	研究会事業の企画・運営・評価	研究会実行委員会・事務局	
2 ▽▽事例検討会の開催 ① 分科会(月1回:▽▽病院にて実施) ② 総会(年2回)	▽▽についての検討	・●●科医師 ・○○科医師 ・保健所関係者 ・行政関係者等	① □□医師 (■ ■病院)

●●●●	●●●●	●●●●	●●●●
------	------	------	------

5 一般県民または医療関係者に対するセミナー等の開催予定について

- ・日時 令和○年○○月○○日                      ・場所 ○○○○○会館
- ・内容 ●●●●●●●●●●

※ 4（3）事業内容に記載した通常の活動とは別に開催してください。  
事業実施期間内に実施するものを記載してください

6 事業の目標（期待される効果）※本県の医療の発展に貢献できる目標、効果についてもご記入ください。

【数値目標】 令和○年 ○○養成人数 ○人  
 ●●●●●●●●●●

7 事業実施後の計画

●●●●●●●●●●

※ 補助金による活動終了後、どのように研究会活動を継続・発展させていくのか  
 具体的に記入し、PRしてください。

(様式第7号)

実績報告書の事業完了日以前の日付にしてください

第 号  
令和〇年〇〇月〇〇日

石川県知事 〇〇 〇〇 様

住所(所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地  
(名称) 〇〇〇〇〇〇研究会  
氏名(代表者氏名) 代表 〇〇 〇〇

申請後に県から送付する選考結果通知の日付・文書番号をご記入ください

令和〇年〇月〇日付 石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金  変更  中止  廃止 承認申請書

令和〇年〇月〇日付 地医第〇〇〇号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業を下記のとおり  変更  中止  廃止 したいので、承認されたく、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により申請いたします。

30%を超える経費の配分の変更など、変更の理由を記載してください

1  変更  中止  廃止 の理由

2 補助金額  
変更前の額 〇〇〇, 〇〇〇 円  
変更後の額 △△△, △△△ 円  
差引(追加・ 減額)申請額 □□, □□□ 円

3 添付書類(別紙のとおり)

・変更前及び変更後の事業の内容及び経費の配分を比較対照できるよう補助金交付申請書の様式により変更前を赤字または( )書きで2段書きすること。

発行責任者は、代表者や経理部門の長など、発行に当たり責任を有する者を記載。氏名はフルネームでお願いします。

〈発行責任者〉  
役職または所属:  
氏 名:  
T E L:  
〈担当者〉  
役職または所属:  
氏 名:  
T E L:  
e - m a i l:

(様式第 8 号)

下記の完了日から 1 か月以内かつ 3 月 31 日以前の日付にしてください

第 号  
令和〇年〇〇月〇〇日

石川県知事 様

申請後に県から送付する選考結果の日付・文書番号をご記入ください

住所 (所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地  
(名称) 〇〇〇〇〇研究会  
氏名 (代表者氏名) 代表 〇〇 〇〇

令和〇年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業実績報告書

令和〇年〇〇月〇〇日付 地医第〇〇〇号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業を下記の通り実施したので、石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて報告いたします。

所要額精算書 (様式第 11 号) の H 欄 (補助所要額) を記載してください

1 精算額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円 ※千円未満切り捨て

2 収支決算書 (様式第 9 号)

3 事業報告書 (様式第 10 号)

4 事業実施期間 着手 令和〇年〇〇月〇〇日  
完了 令和〇年〇〇月〇〇日

選考結果通知の補助事業実施期間内で記載してください

5 添付書類

- (1) 所要額精算書 (様式第 11 号)
- (2) 所要額明細書 (様式第 12 号)
- (3) その他参考となる書類

発行責任者は、代表者や経理部門の長など、発行に当たり責任を有する者を記載。氏名はフルネームでお願いします。

〈発行責任者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
〈担当者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
e - m a i l：

(様式第 9 号)

令和〇年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業収支決算書

1 収入

項目	金額	備考
県補助金	△△円 ※千円未満切り捨て	高度・専門医療人材養成支援事業費補助金
自己資金	□□円	
	〇〇円	

県補助金だけでは足りない場合は、自己資金等、不足分を補うための財源をご記入ください  
様式第 11 号の B 欄と同じ

※他の資金、補助金等による収入がある場合は上記に記入してください。

2 支出

項目	金額	備考
研修会等開催経費	■ ■ 円	
合計	〇〇円	

上記の「収入」の合計額を同じ金額になります

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

(名称) 〇〇〇〇〇研究会

(氏名) 代表 〇〇 〇〇

実績報告書 (様式第 8 号) と同じ日付を記載してください

(様式第10号)

## 事業報告書

研究会等の名称 ( ○○○○○研究会 )

代表者氏名 ( ○○ ○○ )

1 事業の分野 (対象分野に○をしてください)

がん 脳卒中 心血管疾患 糖尿病 精神 救急 災害  
へき地 周産期 小児 在宅医療  
(重点テーマ) 救急医療 周産期医療 ACP推進 看護師育成  
病院薬剤師育成 血液確保・供給・在宅輸血 被災者の健康支援

2 事業の概要

.....

3 事業実施機関

令和 ○年 ○○月 ○○日 ~ 令和 ○年 ○○月 ○○日

4 活動実績の概要

(1) 実施内容

.....

(2) 一般県民または医療関係者に対するセミナー等の開催実績について

- ・日時 令和 ○年 ○○月 ○○日
- ・場所 ○○○○○会館
- ・内容 .....

参加人数も必ず記載してください。  
医療従事者と一般参加者の内訳が分かる場合はそちらも記載してください

5 この事業による石川県への医療への波及効果

.....

6 目標の達成状況 ※事業計画書に記載した数値目標の達成度について記入してください。

.....

7 今後の計画

.....

※ 補助金による活動終了後、どのように研究会活動を継続・発展させていくのか具体的に記入し、PRしてください。



石川県知事 様

申請後に県から送付する選考結果の日付・文書番号をご記入ください

住所(所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地  
(名称) 〇〇〇〇〇研究会  
氏名(代表者氏名) 代表 〇〇 〇〇

令和〇年度石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金 概算払請求書

令和〇年〇〇月〇〇日付 地医第〇〇〇号により補助金交付決定の通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金のうち、下記金額を概算払で交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により請求いたします。

記

請求額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円

県に登録している銀行口座を記載してください。変更があった場合はお申し出ください

交付決定額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
交付済額 金 0 円  
今回請求額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
残額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円

	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
振込先	〇〇銀行	〇〇支店	1 当座 2 普通	〇〇〇〇〇〇〇〇	△△ △△ 〇〇 〇〇

発行責任者は、代表者や経理部門の長など、発行に当たり責任を有する者を記載。氏名はフルネームでお願いします。

〈発行責任者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
〈担当者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
e - m a i l：

石川県知事 様

住所 (所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地  
(名称) 〇〇〇〇〇〇研究会  
氏名 (代表者氏名) 代表 〇〇 〇〇

実績報告書提出後、県から送付する確定通知書の日付・文書番号等をご記入ください

高度・専門医療人材養成支援事業費補助金 精算請求書

令和〇年〇〇月〇〇日付 地医第〇〇〇号により補助金の額の確定通知があった石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金として、下記金額を交付されるよう石川県補助金交付規則及び石川県高度・専門医療人材養成支援事業費補助金交付要綱の規定により請求いたします。

記

請求額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
交付決定額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
交付確定額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
交付済額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
精算請求額 金 〇〇〇, 〇〇〇 円  
残 額 金 0 円

県に登録している銀行口座を記載してください。変更があった場合はお申し出ください

	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義
振 込 先	〇〇銀行	〇〇支店	1 当座 2 普通	〇〇〇〇〇〇〇〇	△△ △△ 〇〇 〇〇

発行責任者は、代表者や経理部門の長など、発行に当たり責任を有する者を記載。氏名はフルネームでお願いします。

〈発行責任者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
〈担当者〉  
役職または所属：  
氏 名：  
T E L：  
e - m a i l：