様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　　一般社団法人　しまね地域医療支援センター

　　　理　事　長　　　様

グループ名

申請者住所

所属機関

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　年度若手医師自主企画助成金交付申請書

　　このことについて、若手医師自主企画助成金交付要綱第５条の規定により、助成金の交付を受けたいので関係資料を添えて申請します。

**申請額：　　　　　　　　　　円**

【添付資料】

１　事業実施計画書（別紙１）

２　助成金所要額明細書（別紙２）

３　その他、事業の詳細が記された書類

別紙１

事業実施計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 1.事業の名称 |  |
| 2.グループ名 | 「　　　　　　　　　　　　　」担当者：電話：（　　　　）　　－　　　　　メール： |
| 3.グループ概要 |  |
| 4.実施内容 |  |
| 5.目的／期待する効果 |  |
| 6.事業予定期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |
| 7.事業費 | 円 |

（注）１　A4用紙１枚程度でまとめて記載すること

　　　２　記載欄が足りない場合は別途、任意様式に記載し提出すること

別紙２

若手医師自主企画助成金所要額明細書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 支出予定額 | 算出内訳 |
| （例）報償費 旅 費消 耗 品 費 | 円 |  |
| 合　　計 |  |  |

（注）１　算出内訳について、単価、員数、回数等を可能な限り詳細に記載すること。

　　　　　２　当該欄で記入困難な場合は、任意様式で提出すること。