

第2号様式

変更後

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成26年度専門医等資質向上支援事業費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平成26年度専門医等資質向上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、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 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
- 3 補助条件
 - ・提出した事業（研修）計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定の内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙1）等の**必要書類**を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

第2号様式

変更前

高医再発第 号
平成 年 月 日

申請者 住 所
氏 名 様

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋

平成26年度専門医等資質向上支援事業費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平成26年度専門医等資質向上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、下記の結果と決定しましたので通知します。

記

{ 補助採択・条件付採択 }

- 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
- 3 補助条件
 - ・提出した事業（研修）計画書（別紙1）に則り、事業を実施すること
 - ・なお、条件付採択の場合は、当該補助決定の内容を踏まえて、この通知書を受け取ってから2週間以内に、再度、事業（研修）計画書（別紙1）を提出すること
 - ・交付要綱で定められた事項、その他理事長の指示を守ること

{ 補助不採択 }

(別紙1)

変更後

事業（研修）計画書

申請者 所属（ ）

氏名（ ）

1 事業対象者氏名（ ） 医師経験年数 年

※グループ申請の場合は記載欄をコピーして個人ごとに記載すること。

学会への所属の状況 ※行数は適宜増やして下さい。

所属学会名	入会年月日	取得済みの資格について	
		資格名	取得年月日

補助を受けて取得しようとする資格について

学会名	資格名	取得予定年月日	申請回数
		(※初回の申請の場合は3年以内 2回目の申請の場合は2年以内の資格取得を目指すこと)	
			今回 回目
資格取得のための要件（簡潔に）		今年度の実施計画	

2 自己や所属する医療機関の、申請分野の現状と課題

3 専門医資格取得までのスケジュール

4 当該専門医資格の取得による、高知県の医療への貢献

5 専門医取得後の計画

【作成上の留意事項】

○A 4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。

(別紙1)

変更前

事業（研修）計画書

申請者 所属（ ）

氏名（ ）

1 事業対象者氏名（ ） 医師経験年数 年

※グループ申請の場合は記載欄をコピーして個人ごとに記載すること。

学会への所属の状況 ※行数は適宜増やして下さい。

所属学会名	入会年月日	取得済みの資格について	
		資格名	取得年月日

補助を受けて取得しようとする資格について

学会名	資格名	取得予定年月日	申請回数
			今回 回目
資格取得のための要件（簡潔に）		今年度の実施計画	

2 自己や所属する医療機関の、申請分野の現状と課題

3 専門医資格取得までのスケジュール

4 当該専門医資格の取得による、高知県の医療への貢献

5 専門医取得後の計画

【作成上の留意事項】

○A 4版2枚以内に、具体的に簡潔に記入してください。