

令和3年度地域医療研修者支援事業実施要綱

1 目的

県外在住の初期臨床研修医の高知県内での地域医療研修を支援することにより、医師の臨床研修制度の円滑な推進及び高知県内での臨床研修の充実・向上を図るための基礎資料を得るとともに、高知県の地域医療研修のPR資料としても使用する。

2 実施主体

高知県高知市丸ノ内一丁目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

県外の大学病院等に在籍する初期臨床研修医であって、①又は②に該当する者

①高知県健康政策部医療政策課又は一般社団法人高知医療再生機構を通じて高知県内で地域医療研修を行う者

②高知医療再生機構理事長が①に準ずると判断する者

4 支援の内容

地域医療研修を円滑に遂行するために必要な経費として、研修医1人あたり6万円以内を助成する。

5 手続き等

(1) 支援の申し込み

助成金の支給を希望する者は、高知県内での研修開始日までに機構に申込書を提出するものとする。申込書の提出は、FAX、メールでも差し支えない。

(2) 研修報告書の提出

(1)の申し込みを行った者は、高知県内での研修修了後10日以内に、図表を含めて1600字以内で研修報告書(Word使用、横書き)をまとめ、電子データで提出するものとする。なお、研修報告書には次の視点を盛り込むものとする。

- ・県外在住医師から見た高知の地域医療の状況
- ・研修内容に対する意見
- ・今回の臨床研修で得たと考えられるもの

(3) 機構ホームページへの掲載

提出された研修報告書は、所属病院、氏名、研修先病院の掲載希望を確認したうえで、機構のホームページに掲載する。

6 助成金の支給

機構は、報告書を確認後、概ね2週間以内に指定の銀行口座へ助成金を振り込むものとする。

令和3年度地域医療研修者支援事業申込書

一般社団法人 高知医療再生機構 あて

(FAX 088-855-5881 / e-mail info@kochi-mrr.or.jp)

提出日	令和 年 月 日
ふりがな 氏 名	
現住所	
所 属	
研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
研修医療機関	

令和3年度地域医療研修者支援事業研修報告送付表

一般社団法人 高知医療再生機構 あて

(FAX 088-855-5881 / e-mail info@kochi-mrr.or.jp)

提出日	令和 年 月 日						
ふりがな 氏 名							
現住所							
所 属							
研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
研修医療機関							
診療所研修期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
診療所名							
HP掲載時の 氏名等の公表 (どちらかに○印を)	<table> <tr> <td>所属病院の公表</td> <td>希望する・希望しない</td> </tr> <tr> <td>氏名の公表</td> <td>希望する・希望しない</td> </tr> <tr> <td>研修病院・診療所の公表</td> <td>希望する・希望しない</td> </tr> </table>	所属病院の公表	希望する・希望しない	氏名の公表	希望する・希望しない	研修病院・診療所の公表	希望する・希望しない
所属病院の公表	希望する・希望しない						
氏名の公表	希望する・希望しない						
研修病院・診療所の公表	希望する・希望しない						
助成金の 振込口座	<p>_____ 銀行 _____ 店</p> <p>口座番号 _____</p> <p>口座名義 _____</p>						