

平成30年度 女性医師等復職支援研修事業実施要領

1 目的

本事業は、出産・育児等により診療を離れた女性医師等に対して、復職に必要な研修を実施することにより、円滑な臨床への復帰・定着を促し、県内で従事する医師の確保を図ることを目的とする。

2 対象者

出産・育児等により休職又は離職した女性医師等で、県内の医療機関における臨床復帰を希望する者。

3 受講手続

(1) 申込み

研修の受講を希望する者(以下「受講希望者」という。)は、「女性医師等復職支援研修受講申込書」(様式第1号)を一般社団法人高知医療再生機構の理事長(以下「理事長」という。)に提出するものとする。

(2) 受講の決定

理事長は、受講希望者の経歴、診療科、意欲、研修可能施設の状況等を考慮して受講の可否を決定し、「女性医師等復職支援研修受講決定通知書」(様式第2号)により、受講希望者に通知するものとする。

4 研修の実施

(1) 研修の委託

理事長は、研修を県内の医療機関(以下「研修施設」という。)に委託して、実施するものとする。

(2) 研修内容

ア 研修施設の長は、研修を受講する者(以下「研修受講者」という。)の技量、経験等を考慮の上で、診療に従事するために必要な研修計画を定め、「女性医師等復職支援研修事業実施計画書」(様式第3号)を理事長に提出するものとする。

イ 理事長が必要と認める場合は、研修施設の長に対し、研修の実施状況について報告を求めることができるものとする。

ウ 研修施設の長は、研修終了後、「女性医師等復職支援研修事業実績報告書」(様式第4号)を作成し、理事長に提出するものとする。

(3) 研修期間

ア 研修期間は、おおむね10日間とし、研修受講者の技量、経験等に応じて研修施設の長が定めるものとする。

イ 研修期間は、研修の効果が損なわれない範囲内であれば、連続した期間でなくともよいものとする。

(4) 研修受講者の身分・処遇等

研修期間中の研修受講者の身分・処遇については、理事長及び研修施設の長が協議の上で定めるものとする。

5 委託契約

(1) 契約の締結

理事長と研修施設の長は、研修を実施するため、この要領に基づき委託契約を締結するものとする。

(2) 委託料

ア 研修受講者1人につき研修1日あたりの委託料は、24,000円（上限240,000円）とする。

ただし、実際に研修の実施に要した次の経費が上記の金額を下回るときは、実支出額をもって委託料とする。

①指導医に係る謝金、人件費、手当

②賃金（指導医に係る補助者雇上経費）

③研修に必要な医学研究材料費、消耗品費、備品購入費、図書購入費

イ 委託料は、原則として研修終了後、研修施設の長からの「女性医師等復職支援研修事業請求書」（様式第5号）に基づき理事長が支払うものとする。

6 その他

この要領に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、当事者間で協議の上、定めるものとする。

附則

1 この要領は、平成30年4月1日から施行する。

第1号様式

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

受講希望者 住 所
氏 名 印

女性医師等復職支援研修受講申込書

女性医師等復職支援研修事業実施要領に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申し込みます。

記

1. 復帰する診療科
2. 研修受講理由
3. その他特記事項（転科など）

※ 履歴書、医師免許証（写し）を添付してください。

第2号様式

高医再発第 号
平成 年 月 日

様

一般社団法人高知医療再生機構

理事長 倉本 秋 印

女性医師等復職支援研修受講決定通知書

平成 年 月 日付けで申込みのあった女性医師等復職支援研修の受講については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 受講の可否

2. 研修施設名

第3号様式

平成 年 月 日
第 号

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

受託者 住 所
名 称
代表者名

㊞

女性医師等復職支援研修事業実施計画書

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1. 女性医師等復職支援研修計画書（別紙1）
2. その他 参考となる書類

(別紙1)

女性医師等復職支援研修計画書

研修受講者名 : _____

受入診療科	研修期間	研修指導医氏名	研修者の病院内保育所の利用予定
			有/ 無

費用区分	予算額	積算内訳	備考
指導医にかかる謝金、 人件費、手当			
賃金（指導医に係る補助者雇上経費）			
病院が行う復職研修に必要な医学研究材料費、消耗品費、備品購入費、図書購入費			
合 計			

※見積書の写しを添付してください。

第4号様式

平成 年 月 日
第 号

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

受託者 住 所
名 称
代表者名

㊞

女性医師等復職支援研修事業実績報告書

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1. 女性医師等復職支援研修実施報告書（別紙2）
研修日誌（別紙2-1）
2. その他 参考となる書類

(別紙2)

女性医師等復職支援研修実施報告書

研修受講者名 : _____

受入診療科	研 修 期 間	研修日 (時間)	研修指導医氏名	病院内保育所 利用の有無
				有 / 無

費用区分	支出額	積算内訳	備考
指導医にかかる謝金、人 件費、手当 賃金(指導医に係る補助 者雇用上経費) 病院が行う復職研修に 必要な医学研究材料費、 消耗品費、備品購入費、 図書購入費※			
合 計			

※納品書もしくは領収書の写しを添付してください。

(様式第5号)

平成 年 月 日

一般社団法人高知医療再生機構
理事長 倉本 秋 様

受託者 住 所
氏 名 印

女性医師等復職支援研修事業請求書

女性医師等復職支援研修事業実施要領の規定に基づく委託料として、下記の金額を請求します。

記

委託契約額 金 _____ 円

実支出額 金 _____ 円

請求額 金 _____ 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			1 当座 2 普通		