

【別添 3】

(様式 1)

整理番号

平成 19 年度

「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」
申請書 (様式)

申請区分	1 単独 2 共同	設置形態	1 国立 2 公立 3 私立
大学名			
所在地	〒		
設置者名			
学長の氏名 <small>ふりがな</small>			

申請テーマ		取組期間	
取組の名称			
主体となる 大学病院・ 学部名			
病院長・学 部長の氏名 <small>ふりがな</small>			

取組担当者 <small>ふりがな</small> 氏名			
所属部局 ・職名			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

事務担当者 <small>ふりがな</small> 氏名			
所属部局 ・職名			
電話番号		FAX番号	
E-mail			

大学名

1 大学病院・学部等の基礎情報【3ページ以内】[申請書作成・記入要領P3参照]

(1) 大学病院の特色(概要)(400字以内)

(2-1) 大学病院の規模等(平成19年5月1日現在)

テーマ1「女性医師・看護師の臨床現場定着及び復帰支援」応募分のみ記載。**応募テーマでない場合は削除してください。**

病院名	承認 病床数	診療 科数	教職員数 (うち医師数)	女性医師数		女性看護師数	
				常勤	非常勤	常勤	非常勤

(2-2) 大学病院の規模等

テーマ2「臨床研究・研究支援人材の養成」応募分のみ記載。**応募テーマでない場合は削除してください。**

(平成19年5月1日現在。ただし、「治験実施症例数」及び「治験以外の臨床試験実施数」、「治験及び治験以外の臨床試験実施に参画する職員数」実績に係る部分については平成18年度実績を記入してください)

病院名	承認 病床数	診療 科数	教職員数 (うち医師数)	治験実施 症例数	治験以外の臨床 試験実施数

治験及び治験以外の臨床試験実施に参画する職員数

<常勤は上段・非常勤は下段()内に記載>

責任医師	分担医師	CRC	薬剤師	看護師	放射線技師	事務職員	その他
()	()	()	()	()	()	()	()

(3) 参画する学部等の概要(平成19年5月1日現在)

大学名又は 短期大学名	設置者	学部等名、研究科 等名又は学科等名	収容 定員数	在籍 学生数	専任 教員数	養成する 医療人等

(4) 取組の実施期間中の組織改編等の予定と影響の有無

(5) 取組の積極的な情報提供の方法及び体制の有無

大学名

2 取組について【 6 ページ以内 (参考は付す場合は別に 4 ページを限度とする)】

[申請書作成・記入要領 P 4 参照]

(1) 取組の概要 (4 0 0 字以内)

(取組の概要文字数 : 字)

(2) 取組の趣旨・目的

(3) 取組の実施体制等

(4) 取組の有効性

(5) 取組の評価体制等

(様式 4)

大学名

3 取組の実施計画等について【 2 ページ以内】[申請書作成・記入要領 P 5 参照]

大学名

4 データ、資料等【 5 ページ以内】[申請書作成・記入要領 P 6 参照]

大学名

5 事業に係る経費【2ページ以内】[申請書作成・記入要領P6参照]

(1) 平成19年度の申請経費

(単位：千円)

申請額(a)		申請額の内訳	
		補助金基準額(b)	自己負担額(c=a-b)
経費区分	金額	積算内訳	
<設備備品費>			
<旅費>			
<人件費>			
<事業推進費>			
<その他>			
合計			

大学改革推進等補助金による補助事業として申請できる経費は、大学改革推進事業の遂行に必要な経費に限定されます。(「大学改革推進等補助金(大学改革推進事業)取扱要領」参照)

(2) 事業全体に係る申請予定額

(単位：千円)

年度	19年度	20年度	21年度	合計
申請予定額				

(3) 経費措置の状況

大学名

6 過去の選定状況【ページ制限なし】[申請書作成・記入要領P7参照]

[プログラム名：]

(選定年度)

(取組名称)

(申請区分)

(選定取組の概要)

(選定取組と今回の申請との関連性について)