

【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）（案）**

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

&lt;常勤は上段・非常勤は下段( )内に記載&gt;

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 P 7 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 )