

(様式 1)

整理番号

## 平成 17 年度「地域医療等社会的ニーズに対応した医療人教育支援プログラム」申請書(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			
学長の氏名 <small>ふりがな</small>			

申請テーマ		取組期間	
教育プログラムの名称			
対象とする医療人の職種			
主体となる大学病院名			
病院長の氏名 <small>ふりがな</small>			

教育プログラム担当者の氏名 <small>ふりがな</small>			
所属部局・職名			
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス			

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

大学病院名 \_\_\_\_\_

## 1 大学病院等の基礎情報

## (1) 大学病院の特色(概要)(400字以内)

## (2) 大学病院の規模(平成17年5月1日現在)

病院名	承認 病床数	診療 科数	患者 紹介率	(うち医師数) 教職員数	研修医数		総合	地域
					医科	歯科		

## (3) 参画する学部等の概要(平成17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) 医学部におけるモデルコアカリキュラムの導入状況

2 教育プログラムの内容等

( 1 ) 教育プログラムの概要 ( 400字以内 )

( 2 ) 教育プログラムの内容及び特色

( 3 ) 教育プログラムの実施体制及び実施計画

( 4 ) 教育プログラムの有効性

( 5 ) 教育プログラムの評価体制

大学病院名 \_\_\_\_\_

## 3 事業に係る経費

## (1) 平成17年度の補助事業に係る申請予定経費

(単位：千円)

申請額		申請額の内訳	
		補助金基準額	その他の経費
+			
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	17年度	18年度	19年度	合計
申請予定額				

## (3) 経費措置の状況

4 過去の選定状況

〔 特色ある大学教育支援プログラム 〕

選定年度	選定された取組の名称	選定された取組の概要と今回の申請との関連

〔 現代的教育ニーズ取組支援プログラム 〕

選定年度	選定された取組の名称	選定された取組の概要と今回の申請との関連