

(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