（第１号様式）

 　　　　 番　　　　　号

 　　 年　　月　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

医療施設名

　　年度看護職員資質向上支援事業

補助金の交付申請について

　標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

　１　申請額　　　　金　　　　　　　　　円

 ２　事業計画書（第２号様式）

　３　代替職員雇用経費所要額調書（別紙１）

 ４　受講生活用計画書（第３号様式）

 ５　志願理由書（第４号様式）

　６　履歴書（第５号様式）

 ７　在職証明書

　８　収支予算書

　９　その他の資料

（助成事業の内容が確認できる資料・教育機関(課程)の概要・病院等の概要（看護職員の配置状況・認定看護師数・研修体系・組織図）等）

（第２号様式）

事業計画書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 補助金事務担当者名 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| E-mail |  |
| 受講生名 |  |
| 住所 |  |
| 教育機関名・課程名 |  |
| 住所 |  |
| 受講期間 | 　年　　月　　日　　　～　　　年　　月　　日 |
| 基準額 | 円 |
| 対象経費の支出予定額 | 円 |
| 内訳 | 入学金 | 円 |
| 授業料 | 　円 |
| 実習費 | 円 |
| 代替職員雇用経費 | 円 |
| 補助金所要額 | 円 |

※　受講生毎に作成してください。

※　教育機関・課程の概要（入学案内等）が確認できる資料を添付してください。

※　補助金所要額欄は、基準額と対象経費の支出予定額とを比較して少ない方の額に２分の１を乗じた額を記入すること。ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とすること。

※　要綱第４条（１）アに掲げる特定行為研修の受講生が在籍している訪問看護ステーションが代替職員雇用経費を計上する場合は、代替職員雇用経費所要額調書（別紙１）を添付すること。

（第３号様式）

**受講生活用計画書**

**１　活用目的**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属する医療機関が抱える課題 |  |
| 受講生を活用する目的 |  |

**２　活用計画**（計画期間（※）：　　　　年度～　　　　　年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研修修了後の経過年 | 勤務する医療施設 | 勤務する部門・部署 | 担当する業務・発揮する役割 |
| １年目 |  |  |  |
| ２年目 |  |  |  |
| ３年目 |  |  |  |
| ４年目 |  |  |  |
| ５年目以降 |  |  |  |

（※）計画始期：研修を修了する年度の翌年度の４月１日

計画期間：５年間もしくは独自の助成制度で勤務継続を義務づけた期間のうち、長いほうの期間

（記入例：感染管理認定看護師の場合）

＜活用目的＞

専任の感染管理担当を配置し、効果的な感染対策を推進する役割を担わせる。

＜担当する業務・発揮する役割＞

・各部署のラウンドにより感染対策に関する問題に対応

・サーベイランス活動の継続による、感染率の低減

・年間３回以上の研修の実施

・コアメンバーへの教育指導

（第４号様式）

受 講 志 願 理 由 書

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名（医療機関名） |  |
| 氏　名 ・ 年　齢 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　歳） |
| 教育機関名・分野名 |  |

＜志願理由＞

|  |
| --- |
|  |

（第５号様式）

**履　　　歴　　　書**

　　　　年　　月　　日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 実務経験年数（通算） |
| 氏名 |  | 年　　　月 |
| 生年月日 | 　 　年　　月　　日(満　　歳) |
| フリガナ |  | (TEL)(FAX) |
| 現住所 | 〒 |
| フリガナ |  | 病床数 |
| 所属機関名 |  | 床 |
| 所属機関住所 | 〒 | (TEL)(FAX) |
| 免許取得年月日 | （保健師）　　 　　　　年　　　月　　　日（助産師）　　　　　　年　　　月　　　日（看護師）　　　　　　年　　　月　　　日 | 号　号　号　 |
| 学　　　歴（高校卒業から記入） |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 年　　　月 |  |
| 職　　　歴（看護師免許取得以降） |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |
| 年　　月　～　　年　　月 |  |

（第６号様式）

番　　　　　　　号

年　　　月　　　日

奈　良　県　知　事　殿

開設者　住　所

法人名

職・氏名

医療施設名

看護職員資質向上支援事業補助金交付決定前着手届

　看護職員資質向上支援事業補助金交付要綱第９条の規定により、下記条件を了承のうえ、関係書類を添えて届け出ます。

記

１　事業費　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　交付決定前の着手を必要とする理由

３　着手予定年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

４　着手条件

（１）　本事業については、着手から交付決定を受けるまでの間において、計画変更を行わないこと。

（２）　交付決定を受けるまでの間において、天変地異等の事由により、実施した事業に損失が生じた場合、これらの損失は事業実施主体が負担するものとする。

（３）　交付決定を受けた補助金額が交付申請額に達しない場合においても、異議がないこと。