

## 【中等症対応等研修用】

## 新型コロナウイルス感染症対応に資する人材養成研修申請書

申請日： 年 月 日

人材ネットワーク研修認定委員会 御中

この度、貴委員会で定めた標準研修プログラムに準ずる新型コロナウイルス感染症対応に資する人材養成研修会を開催いたします。つきましては、開催運営費等に係る補助申請（1 研修会につき上限 100 万円（実費））をいたしますので、何卒よろしくお願い申し上げます。

申請団体名： \_\_\_\_\_

代表者氏名： \_\_\_\_\_

担当者氏名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

MAIL： \_\_\_\_\_

## ■添付資料（資料名をご記入ください）

- ・
- ・
- ・

※添付資料には、別添の「人材養成研修会申請書（別紙）」の他、当該申請研修のプログラムや配布資料および研修会開催に係る費用明細等、審査を行う上で必要な資料を送付願います。なお、1 研修会につき上限 100 万円（実費）を補助します。

※補助の対象となりました研修会情報については、他地域での研修会企画・立案の参考として、研修会専用サイトに掲載させていただきますので、何卒ご容赦願います。

## ■一次受付窓口記入欄

|       |          |       |          |
|-------|----------|-------|----------|
| 受理年月日 | 令和 年 月 日 | 受付番号  |          |
| 二次申請日 | 令和 年 月 日 | 摘要回答日 | 令和 年 月 日 |
| 摘 要   | 認 ・ 否（ ） |       |          |
| 備考欄   |          |       |          |

## ■二次受付窓口記入欄（日本医師会）

|       |          |      |  |
|-------|----------|------|--|
| 受理年月日 | 令和 年 月 日 | 受付番号 |  |
| 摘 要   | 認 ・ 否（ ） |      |  |
| 承認番号  |          |      |  |

## 人材養成研修会申請書（別紙）

|                         |                                                                               |           |              |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|
| <b>研修会名</b>             |                                                                               |           |              |
| <b>開催日</b>              |                                                                               |           |              |
| <b>所要時間</b>             |                                                                               |           |              |
| <b>研修形式※</b>            |                                                                               |           |              |
| <b>主 催</b>              |                                                                               |           |              |
| <b>主な講師名</b>            | <b>氏名</b>                                                                     | <b>所属</b> | <b>役職・職種</b> |
|                         |                                                                               |           |              |
|                         |                                                                               |           |              |
|                         |                                                                               |           |              |
| <b>開催場所</b>             |                                                                               |           |              |
| <b>参加人数<br/>（見込定員数）</b> |                                                                               |           |              |
| <b>受講対象者※</b>           |                                                                               |           |              |
| <b>開催費用</b>             |                                                                               |           |              |
| <b>研修内容など</b>           | <p>※研修の概要や学習目標などを記入願います。また研修プログラムや配布資料、研修会開催に係る費用明細等、審査を行う上で必要な資料を送付願います。</p> |           |              |

※研修形式は、集合研修（講義）、集合研修（実地）、オンライン研修（リアルタイム）、オンデマンド研修（e-learning・収録動画等）からご回答願います。

※受講対象者は、医師をはじめ、看護職員や事務職員等、受講者の職種をご回答願います。

請 求 書

金 円

新型コロナウイルス感染症対応人材ネットワーク事業に掛かった費用について  
下記のとおり請求します。なお、上記金額は次の口座へお振り込み下さい。

|                   |  |
|-------------------|--|
| 金融機関・支店名          |  |
| 預貯金種別             |  |
| 口座番号              |  |
| (ふりがな)<br>口座名     |  |
| (ふりがな)<br>郵便番号・住所 |  |

公益社団法人 日本医師会  
会長 松本 吉郎 殿

令和 年 月 日  
【申請団体名】

(印)