様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　公益社団法人宮崎県医師会

　　　　会　長　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　印

医療勤務環境改善マネジメントシステム モデル事業

補助金交付申請

医療勤務環境改善マネジメントシステム モデル事業実施要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

申請金額　　　　　　　　　円

事業実施申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　事業計画書　１）調査票回収予定数　　　　　　　件　２）事業スケジュール　　　　　　　　　　　２　収支予算　※項目数は適宜追加してください。収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
| 補助金収入 |  |  |
| 自己資金 |  | 　 |
| その他収入 |  | 　 |
|  |  | 　 |
| 合計 |  | 　 |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 合計 |  | 　 |

 |

様式２

平成　　年　　月　　日

　公益社団法人宮崎県医師会

　　　　会　長　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名：　　　　　　　　　　　印

医療勤務環境改善マネジメントシステム モデル事業

事業完了報告書

　医療勤務環境改善マネジメントシステム モデル事業を下記のとおり実施しましたので、医療勤務環境改善マネジメントシステム モデル事業実施要綱第５条第1項の規定により、下記のとおり提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　事業完了報告書　１）　事業完了の時期　　　　　２）調査票回収数　　　　　　　件　　３）事業結果と効果２　収支精算報告書収入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
| 補助金収入 |  |  |
| 自己資金 |  | 　 |
| その他収入 |  | 　 |
|  |  | 　 |
| 合計 |  | 　 |

支出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 科目 | 金額 | 備考 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 　 |  | 　 |
| 合計 |  | 　 |

 |
| ３　補助金振込口座申出表示　　　　銀行名：　　　　　　　　　　預金種類：　普通　・　当座　　　　口座番号：　　　　口座名義： |