

日付は空けてお
いてください

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 250 件

2) 事業スケジュール

7月 事業についてセンターとの協議

8月 アドバイザーとの打ち合わせ

9月 マネジメントシステム 導入

11月～1月 調査票配布、入力

2月 調査票分析、委員会立ち上げ

3月 委員会 1 回目開催

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	500,000	
自己資金		
その他収入		
合計	500,000	

支出

科目	金額	備考
人件費	500,000	職員 A@2,000/h×250 時間
合計	500,000	

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

平成 30 年 3 月 31 日

2) 調査票回収数 257 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	500,000	
自己資金		
その他収入		
合計		

支出

科目	金額	備考
人件費	500,000	職員 A@2,000/h×250 時間
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：