一般社団法人 日本医療経営実践協会

代表理事　吉原　健二　殿

2018年度「医療経営に関する研究助成」（指定課題研究助成）

指定課題：「医師・看護師等の働き方改革」

申請日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名 | \*ご署名 | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 会員非会員（○で囲む） | ＊医療経営士（会員）の者は「会員」を○で囲み、認定登録番号（14桁）を必ず下記〔　〕内に記入すること。＊医療経営士以外（非会員）の者は「非会員」を○で囲むこと。会員・非会員　　認定登録番号：　 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |
| 所属機関所在地 | 〒　　　－\*℡: 　　（　　　）\*FAX:　　　（　　　）\*E-mail: |
| 連絡責任者 | ふりがな |  | 代表者との関係 |  |
| 氏　　名 | \*ご署名 |
| 連絡先 | 〒　　　－\*℡: 　　　（　　　　）\*FAX:　　　　（　　　　）\*E-mail: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成申請金額 |  | 円 | （研究総額　　　　　　　　　　　　　　円） |
| 研究形態（○で囲む） | 個　人　・　共　同　　→　　（申請者の他　　　　　　名） |
| A．研究テーマの背景・目的（具体的に記述） |
|  |
| B．研究計画・方法及び特色（具体的に記述） |
|  |
| C．期待・予想される成果・意義、発表計画・発信方法、継続性（具体的に記述） |
|  |
| D．助成金使途内訳 |
| 費　　目 | 　　金　　額（円） | 算出根拠・補足等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合　　計 |  |  |

|  |
| --- |
| E．申請者の自己紹介・経歴（これまでの研究実績等） |
|  |

|  |
| --- |
| F．類似テーマでの他機関・団体への助成申請有無 |
|  | 機関・団体名称 | 助成金名称 | 採否決定の時期 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| G．共同研究者（医療経営士（会員）の者は、認定登録番号（14桁）を必ず下記に記入すること） |
| １ | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名（認定登録番号） | \*ご署名（　　　　　　　　　　　　　）　 | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |
| ２ | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名（認定登録番号） | \*ご署名（　　　　　　　　　　　　　） | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |
| ３ | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名（認定登録番号） | \*ご署名（　　　　　　　　　　　　　） | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |
| ４ | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名（認定登録番号） | \*ご署名（　　　　　　　　　　　　　） | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |
| ５ | ふりがな |  | （西暦）生年月日 | 性　別 |
| 氏　　名（認定登録番号） | \*ご署名（　　　　　　　　　　　　　） | 年　 　　月　　　日生 | （○で囲む）男　・　女 |
| 所属機関 |  | 職　　名 |  |