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

第６回（2023年度）

「医療経営に関する研究助成」（指定課題研究）申請書

指定課題

1. 「医療経営におけるＤＸ」□
2. 「医師、看護師等人材の確保対策」□
3. 「人口減少社会における医療機関の経営戦略」□
4. 「医療改革における医薬品企業、医薬品卸売企業の役割」□

※医療機関以外からの応募も可。

※課題は①～④のいずれか１つを選択。複数選択することはできない。

選択した課題に必ずチェックを入れること。チェックがない場合は無

効とする。

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 | 〒　　　－  \*TEL:　　　（　　　）  \*FAX:　　　（　　　）  \*E-mail: | | | |
| 連絡責任者 | ふりがな |  | 研究代表者との  関係 |  | |
| 氏　　名 | \*ご署名 |
| 連絡先 | 〒　　　－  \*TEL:　　　　（　　　　）  \*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（時系列が分かる形で記述または図示）・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（「14．研究助成金の費目一覧」および「15．助成金からの使用不可」参照） | | | | | | |
| 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・団体への助成申請の有無 | | | | | | | | |
|  | | 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 | |  | | |