Ｒ８産科医等確保支援事業（後期臨床研修医手当）

利用意向等調査書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号/FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

　　　　　（該当する番号に○又は記入をしてください。）

　　１　「後期臨床研修医手当」を創設していますか。

　　　①　創設している

1. 創設する予定（時期　　　　年　月ごろ）
2. 創設しない

　　（１の質問で①または②を回答された方は２以降の質問へお進みください。）

２　令和８年度補助金申請予定はありますか。

1. ある
2. 検討中
3. ない

　　（２の質問で①または②を回答された方は３の質問へお進みください。）

　　３　補助申請予定のある場合

①　１人当たりの支給（予定）単価　　　　　　　　　　　　　　　円

1. 支給（予定）対象者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人
2. １年間の研修医手当支給（見込）額

（令和８年４月１日～令和９年３月３１日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました。