第１号様式-３

　　年　　月　　日

横浜市産科医師等人材確保支援事業補助金交付申請書

　横　浜　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　当直体制の確保にあたり、次の補助金の交付を申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市産科医師等人材確保支援事業要綱を遵守します。

１　施設名

２　補助金名称　　　　当直体制確保補助金（子育て・介護等代替）

３　当直体制の確保状況

(1)　医師（産科・小児科）の状況

ア　子育て（妊娠中を含む）・介護等を理由に当直勤務をすることができない医師数　　　人

　イ　上記アについて、当直勤務不可の期間

(2)　代替医師確保の状況

　　ア　採用年月

　　イ　勤務予定日・予定時間

４　交付申請金額　　　　　　￥　　　　　　　　　　．－

　　　内訳

　　　　＠　　　　　　円　×　　　回　＝　　　　　　　円

５　添付書類

　　事業計画　別紙のとおり

担当者名 所属・氏名

電話番号

電子メール