

Eメールアドレス：ishi-g02@gbox.pref.osaka.lg.jp
大阪府健康医療部保健医療室医療対策課医療人材確保グループ あて

令和5年度女性医師等就労環境改善事業 利用意向調査書

○令和5年度に女性医師等就労環境改善事業を実施するため、医療機関の補助事業利用意向を把握する必要がありますので、**必要事項を記入**のうえ、提出してください。

※回答期限までに回答がない場合は、『利用意向なし』として取り扱います。

○なお、本調査の【問】で**1または2**と回答し、別添「令和5年度事業計画書」を御提出いただいた医療機関に係る必要経費を**令和5年度の補助事業の協議対象**とします。

◆申請者情報

法人所在地	
法人名	
機関（病院）郵便番号	
機関（病院）所在地	
機関名（病院名）	
担当者 部署名	
担当者 職名	
担当者 氏名	
担当者連絡先(電話番号)	
担当者連絡先(メールアドレス)	

◆令和5年度の「女性医師等就労環境改善事業」の利用意向等について
(該当する番号をプルダウンメニューから選択してください。)

選択番号	
1	令和4年度に「女性医師等就労環境改善事業」を利用し、引き続き、令和5年度も補助事業を利用する。 ⇒「令和5年度事業計画書（様式第1、1-2号）」を併せて提出してください。
2	令和5年度に「女性医師等就労環境改善事業」の利用を検討中。 ⇒「令和5年度事業計画書（様式第1、1-2号）」を併せて提出してください。
3	令和4年度は「女性医師等就労環境改善事業」を利用するが、令和5年度は利用しない。

事業計画書

医療機関名

(1) 就労環境改善事業

診療科	取組内容	備考
	【取組名】	
	【具体的な内容(就労条件、対象者数、実施期間等)】	
	【取組名】	
	【具体的な内容(就労条件、対象者数、実施期間等)】	
	【取組名】	
	【具体的な内容(就労条件、対象者数、実施期間等)】	

※事業実施後は、取組内容に係る成果を評価・分析の上、実績報告書とともに成果報告書（様式第6-6号）を提出すること。

※取組内容が多数ある場合は、記載欄を追加してすべて記載すること。

(2) 復職支援研修事業

診療科	研修人数	研修期間	研修指導医氏名	備考

事業支出予定額明細書

医療機関名 _____

(1) 就労環境改善事業

(単位：円)

区分	支出予定額	左記の算出内訳
給与費		
常勤職員給与費		
非常勤職員給与費		
手当		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
消耗品費		
印刷製本費		
役務費		
通信運搬費		
雑役務費		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
図書購入費		
委託料 (上記経費に該当するもの)		
合計		

※算出内訳欄には、単価・人数・日数等を記載すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助事業で計上している費用については、この事業の対象経費に含めないこと。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

事業支出予定額明細書

医療機関名 _____

(2) 復職支援研修事業

(単位：円)

区分	支出予定額	左記の算出内訳
給与費		
常勤職員給与費		
非常勤職員給与費		
手当		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		
消耗品費		
印刷製本費		
役務費		
通信運搬費		
雑役務費		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
図書購入費		
委託料 (上記経費に該当するもの)		
合計		

※算出内訳欄には、単価・人数・日数等を記載すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助事業で計上している費用については、この事業の対象経費に含めないこと。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。