様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大阪府知事　様

**地域で活躍する薬剤師の確保推進事業計画書**

　 住所（所在地)

名称（代表者）

　　　年度において、標記に係る補助金の交付を受けたいので、地域で活躍する薬剤師の確保推進事業補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり事業計画書を提出します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の目的 |  | | | | |
| 事業の内容 | （各項目について具体的に記載すること。別紙添付も可。）  （１）研修設備の整備  （２）薬剤師の資質向上に向けた研修の実施  （３）研修設備の運用協力 | | | | |
| 事業の効果 |  | | | | |
| 実施予定期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 交付を受けようする補助金の額等 | 【補助金の額】　金　　　　　　　　千円  事業費総額　　金　　　　　　　　千円  　事業費内訳 （必要に応じて、枠の追加を行うこと。）   |  |  | | --- | --- | | 区　分 | 金　額 | | 報償費 | 千円 | | 需用費 | 千円 | | 役務費 | 千円 | | 使用料及び賃借料 | 千円 | | 研修設備整備費 | 千円 | | 賃金 | 千円 | | 旅費 | 千円 | | その他（　 ) | 千円 | | 合　計 | 千円 | | | | | |
| 補助の対象となる事業に関する一定の実績 | **（具体的に記載すること。また、参考となる資料を添付すること。）**  （１）コンテナ型調剤設備の整備実績  （２）薬剤師向けの研修等の実績 | | | | |
| 連絡先 | 担当者  役職・氏名 |  | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅ-mail |  | | |