

ヴィーブヘルスケア医学教育事業助成申請書

ヴィーブヘルスケア株式会社 御中

申込日：2016年1月18日

団体名	ご記載ください。
フリガナ 申込者氏名 役職	フリガナ：ご記載ください。 氏 名：ご記載ください。 印 役 職：ご記載ください。
団体の 住 所 連絡先	〒 ご記載ください。 住所：ご記載ください。 TEL：ご記載ください。 FAX：ご記載ください。 e-mail：ご記載ください。
事務局担当者 氏 名 連絡先	氏名：ご記載ください。 TEL：ご記載ください。 FAX：ご記載ください。 e-mail：ご記載ください。
団体 代表者	役職：ご記載ください。 氏名：ご記載ください。 印

受付番号	
------	--

※ 本申請書を記入されるにあたり、応募要項ならびに留意事項を事前に確認してください。

1. 申請対象となる医学教育事業の正式名称

正式名称	ご記載ください。
------	----------

2. 申請金額

助成金申請金額	ご記載ください。 円
---------	------------

3. 申請金額の割合：上記2の申請金額は、団体の年間総収入の25%を超過しますか？

※社内規定により申請金額の割合が団体の年間総収入の25%を超過する場合には助成できません。

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
------------------------------	-----------------------------

4. 申請される医学教育事業助成事業内容の企画・開催運営に、元または現 ViiV の社員が直接関与していますか？

※医学教育事業は ViiV から独立して企画・運営される必要があります。

<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
------------------------------	-----------------------------

5. 医学教育事業の対象者

※対象と想定される人数について記載してください。

主な医療関係者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 基礎研究者 <input type="checkbox"/> 医学生 <input type="checkbox"/> その他（ご記載ください。）
対象となる医療関係者の想定人数：ご記載ください。人

6. 医学教育事業の必要性

※対象医療関係者に教育が必要と考えられる知識、経験・能力、技術等に関し、可能な限りサポートするエビデンスも含めて説明してください。

ご記載ください。

7. 医学教育事業の目的

※必要と考えられる教育ならびに期待される知識・能力の向上と関連付けて評価が可能な目的を記載してください。

ご記載ください。

8. 医学教育事業の計画・方法等

※教育方法（教育形態・カリキュラム等の内容）について詳細を具体的に記載してください。

具体的にご記載ください。

9. 医学教育事業の期間・スケジュール

※事業期間は単年度の期間を想定しています。

ご記載ください。

10. 医学教育事業の成果の測定方法

※教育事業の効果が評価できる測定可能な指標を具体的に記載してください。

ご記載ください。

11. 医学教育事業の成果に対する情報共有について

※教育事業の成果を団体の外部医療関係者に広く情報共有するための方法等を記載してください。

ご記載ください。

12. 医学教育事業内容の概要を ViiV ホームページ上で公開することに合意します。 はい

13. 支出明細（予定）

※申請事業全体に関して必要な経費を記載してください。金額は半角算用数字にて記載してください。

項目	金額
運営費用（例：会場費、運営・管理費等）	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
医学教育プログラムの案内に関する費用（例：案内状、招待状、受講申請書等の作成費等）	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
教育資材等作成費等	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
設備備品	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
講師費用（例：謝礼、交通費、宿泊費等）	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
認定費（医学教育プログラム受講完了に関する認定費）	
項目名をご記載ください。	金額 円
項目名をご記載ください。	金額 円
その他費用	
項目名をご記載ください。	金額 円
合計	金額 円

以上