**（様式２）**　　　　　　　医務課看護対策グループあて（ＦＡＸ ０５２－９５４－６９１８）

特定行為研修事業費補助金に関する調査票（様式２）

※**令和６年６月２４日（月）**までに回答してください。

※令和**６**年度に補助金を要望する施設は必ず提出してください。

※令和**５**年度から継続の研修の場合は提出不要です。

１．事業計画

|  |  |
| --- | --- |
| 補助事業者名 |  |
| 補助事業所名 |  |
| 研修期間（予定） | 例）令和６年５月～令和７年４月 |
| 指定研修機関名 |  |
| 受講予定の研修名及び特定区分 |  |
| 代替職員  雇用予定期間 | 例）令和６年12月～令和７年３月 |

２．支出予定額（分かる範囲で金額を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修受講費用 | 入学金  受講料 |
| 代替職員確保費用  （最大４月分） | （月給×月数　又は　時給×時間数等により記載） |

ありがとうございました。