第１号様式-２（第５条第２項第２号）

　　年　　月　　日

横浜市産科医師等人材確保支援補助金（当直体制確保費）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要綱を遵守します。

１　施設名

２　補助の名称　　　　当直体制確保費（産科・小児科）

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）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) 代替医師確保予定

　　ア　採用予定年月

　　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

FAX