

令和5年4月1日

公益社団法人地域医療振興協会

医学生の地域医療研修等に係る助成について、次のとおり取り扱うものとする。

1. 主旨

次世代のへき地を中心とした地域医療を志す医学生の研修活動を支援し、へき地医療を担う医師の育成・確保を図るとともに協会の活動に対する理解を得ることを目的とする。

2. 対象

協会運営施設等において地域医療関連研修に係る費用を、事前に申請され、協会事務局において承認したものについて以下の基準により助成するものとする。

3. 負担基準

医学生の地域医療関連研修における交通費と宿泊費の本人負担額のうち、上限額を以下の通り定め助成金を支給する。

種別	内容	上限額（一人あたり）
交通費 (公共交通機関)	長距離 (往復 1,400km 以上)	30,000 円/1 回
	遠距離 (往復 700km 以上 1,400km 未満)	20,000 円/1 回
	中距離 (往復 200km 以上 700km 未満)	10,000 円/1 回
	近距離 (往復 200km 未満)	5,000 円/1 回
宿泊費	1 泊目から支給	5,000 円/泊

※領収証を添付するものとする。

※他の補助を受けられるものについては、補助額を差し引いた自己負担額に対応する。

4. 請求手続き

研修終了後 2 週間以内に所定の要件を記入した実績報告書を研究所事務部宛に提出するものとする。

令和 年 月 日

公益社団法人地域医療振興協会  
地域医療関連研修申請書

フリガナ  
氏名：

大学名： 大学 年 性別：男・女

連絡先  
住所：〒

TEL： FAX：

e-mail：

研修施設：

研修主催：

研修期間：

宿泊先（予定）：

研修内容・特記事項：

研修指導責任者

施設名：

氏名：

役職：

令和 年 月 日

地域医療研修旅費申請書

研修参加医学生として、以下のとおり旅費を申請いたします。

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_ 年

交通費				
月/日	区間	交通手段	金額 (円)	備考
小計				
滞在費				
宿 泊 費	月/日	宿泊施設名	金額 (円)	備考
	小計			
合計				

振 込 先	金融機関名			
	支店名			
	口座区分	普・当	口座番号(7桁)	
	口座名義 (カナ)			

- 添付書類 ①研修報告書 (A4 用紙 1 枚以内)  
②領収証原本 ※協会規程に則った精算となります。

申請先 公益社団法人地域医療振興協会 研究所事務部  
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F  
Tel.03-5212-9152 Fax.03-5211-0515