

様式 1

受付番号

一般財団法人 日本医療教育財団 御中

平成27年度 医療機関における外国人患者受入れ環境整備事業
間接補助事業者（医療通訳拠点病院）の選定に関する公募申請書

1. 申請者

法人名：

病院名：

代表者：

住所：（ — ）

電話番号：

FAX番号：

ホームページURL：

設立日： M・T・S・H 年 月 日

従業員数：

【担当の連絡先】

役職名：

氏名：

所属部署：

電話番号：

E-mail：

※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。

2. 本公募事業の申請について

1. 本公募事業申請にあたっての背景

※事業を行うに至った背景を50字程度で記入してください。

2. 本公募事業の目的と課題

※事業実施に対し、どのような成果を出すのかについて、事業の目的、課題等を100字程度で簡潔に記入してください。なお、本項目は公表することがあります。

3. 本公募事業のスキーム

※本公募事業期間によらず、最終的に考えている数年先も含めた事業スキームを、100字程度で簡潔に記入してください。

4. 本公募事業を円滑に実施するための強み

※これまでの同種事業の実績やノウハウ等があれば記入してください。

※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。

3. 申請内容

■外国人患者受入れ状況（年間）

外国人患者数	名	[様式6-2]	現況調査票
--------	---	---------	-------

■配置状況

医療コーディネーター	名	[様式2]	
医療通訳	名	[様式3]	

■周辺病院連携体制

地域医療支援病院の承認	有 ・ 無	[様式6-6]	現況調査票
特定機能病院の承認	有 ・ 無	[様式6-6]	現況調査票

※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。

4. 特記事項

その他、本公募事業の実施にあたり特筆すべき事項があれば記入してください。

(記入できなければ別紙にて提出)

※本様式は、日本工業規格 A 4 判で作成してください。