

様式 1

受付番号

2025 年 月 日

一般財団法人 日本医療教育財団 御中

＜申請者＞

所在地

名称（医療機関名）

代表者役職・氏名

令和7年度 医療通訳者、外国人患者受入れ医療コーディネーター配置等支援事業
間接補助事業者（医療機関）の選定に関する公募申請書

「令和7年度 医療通訳者、外国人患者受入れ医療コーディネーター配置等支援事業」間接補助事業者の選定に関する公募への申請をしたく、下記の書類を添えて提出します。

記

- 【1】＜様式1＞ 公募申請書
【2】＜様式2＞ 医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター配置状況
【3】＜様式3＞ 医療通訳者・外国人患者受入れ医療コーディネーター 補助金申請額一覧（概算）
【4】＜様式4＞ 基本情報確認票
【5】＜様式5＞ 組織体制図
【6】＜様式6＞ 拠点的な医療機関としての取組みに係る実施計画書
【7】＜様式7＞ 外国人患者受入れ体制整備に関するセルフチェックシート

以上

1. 申請担当者

【担当者の情報】	所 属 部 署	
	役 職	
	フリガナ	
	氏 名	
	電 話 番 号	
	E - m a i l	

※本様式は、日本工業規格A4判で作成してください。

2. 本事業への申請について

(1) 本事業への申請動機

※申請を行うに至った経緯や動機を簡潔に記入してください。

(2) 本事業実施の目的と課題

※事業実施の目的として、どのような成果を考えているのか、またそのためにはどのような課題があるのかを簡潔に記入してください。

(3) 本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 A 4 判で作成してください。

3. 外国人患者受入れに関する方針や今後の展望について

外国人患者受入れに関する医療機関全体としての方針や今後の展望について記入してください。

4. 特記事項

その他、本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。

(枠内に収まら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。