**2024年度 協和キリン『医学教育助成』プログラム 申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請団体代表者氏名 | 団体名：役　職：氏　名： |
| 申請者氏名 | 役　職： 氏　名： |
| 申請者連絡先（申請内容についてお問合せさせて頂く場合がございます。） | 〒 住　所：TEL：e-mail： |
| 振込先 | 銀行名：支店名：口座種別：口座番号：口座名義：口座名義カナ： |

1. 申請対象となる疾患領域　 ※該当する疾患領域のいずれか一つにチェック☑を入れてください。

|  |
| --- |
| ☐　慢性腎臓病、くる病・骨軟化症 [ ] 　がん・造血器腫瘍、血液疾患[ ] 　乾癬　[ ] 　パーキンソン病 |

1. 申請対象となる医学教育活動の名称

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |

1. 申請金額

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金申請金額 | 　円　　 |

1. 医学教育活動の対象者と人数

|  |
| --- |
| ●対象となる主な医療関係者（医師・薬剤師等）と人数（概算、総数）を記載してください。対象者：　　　人　 数：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |

1. 医学教育活動の必要性/目的

|  |
| --- |
| ●医療現場の状況や解決すべき課題および目的について、具体的に記述ください。 |

1. 医学教育活動の内容・方法

※どのような活動をどのような方法で実施するのか具体的に記述ください。

|  |
| --- |
|  |

1. 医学教育活動の実施予定項目と実施期間

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 期間 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
|  |  |

1. 医学教育活動により期待される成果と具体的な測定方法

※期待される成果と、その成果をどのような測定方法（評価指標）を用いて評価するか具体的かつ定量的に記述ください
期待される成果：評価指標と達成目標値を記載に含めてください。（複数記載可）

成果の具体的な測定方法：期待される成果に関する評価指標を測定する方法を記載に含めてください。

|  |
| --- |
|  |

1. 医学教育活動と成果の共有方法

|  |
| --- |
|  |

 以上