（別紙）

令和　　年　　月　　日

　福島県保健福祉部

医療人材対策室　　宛て

法 人 名：

申請者　病院名等：

担当者名：

電話番号：

令和３年度浜通り医療提供体制強化事業の実績報告チェックリスト

**下記の「１」か「２」のいずれかに○を入れてください。**

１．福島県の他補助事業には申請していません。

２．福島県の下記の他補助事業に申請していますが、浜通り医療提供体制強化事業に計上した補助対象経費とは重複していません。

「２」に○をした場合は、申請した他補助事業に○をしてください。

一覧にない場合は、④以降の事業名に記載してください。

（保健福祉部以外の他部局も含みます。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 交付要綱名 | 事業名 | 申請した  場合は○ |
| ① | 福島県地域医療復興事業補助金交付要綱 | 医療人材確保緊急支援事業 |  |
| ② | 〃 | 浜通り看護職員確保支援事業 |  |
| ③ | 福島県浜通り地方看護体制強化支援事業補助金交付要綱 | 看護職員ふるさと就職促進等事業 |  |
| ④ | その他の県補助事業 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |