

日医発第 2272 号(支援)

令和 5 年 3 月 31 日

日本医学会分科会

会長 理事長 殿

日本医師会

会長 松本 吉郎

(公印省略)

日本医学会

会長 門田 守人

(公印省略)

「令和 5 年度 医学生、研修医等をサポートするための会」の開催について

拝啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。日頃は女性医師支援事業に多大なるご尽力をいただき深く感謝申し上げます。

さて、本会では、女性医師支援センター事業（厚生労働省指定による補助事業）の一環として、女性医師支援、特に女性医師のキャリア形成・継続の支援を目的とし、都道府県医師会、学会、医会との共催により標記講習会を実施しております。令和 5 年度も引き続き、実施いたしますので、貴会のご支援、ご協力により開催していただきますよう、よろしくお願い申し上げます。申請や費用請求の詳細につきましては、同封の開催要項をご参照ください。

また、お手数をお掛けいたしますが、講習会の有用性を検証いたしたく、参加者へのアンケート調査へのご協力もお願い申し上げます。

本講習会がご参加いただく医学生や研修生にとって、「男女共同参画」や「ワークライフバランス」などのテーマについて、理解を深めていただく機会となりましたら幸甚です。

敬具

# 令和5年度 医学生、研修医をサポートするための会

## 開催要項

（要旨） 女性医師支援の一環として、医学生や研修医等、若い世代の方たちに男女共同参画やワークライフバランスについて啓発を行い、女性医師のキャリア形成・継続を支援することを目的とします。

1. 実施体制 貴会（以下、実施責任者）と日本医師会女性医師支援センター（以下、センター）の共催
2. 開催内容 要旨内容をご確認いただき、男女共同参画やワークライフバランスについての講習会や座談会を開催してください。
  - ① テーマの例  
医師の働き方を考える～男女共同参画について～、医学生、研修医等に対するサポート、等
  - ② 留意点
    - ・開催目的に合った特定の講習会ならびにセッション等のみが共催可能となります。総会や学術集会全体を共催の対象にすることはできません。
    - ・発表内容の全てが臨床に関する内容など、開催目的に合致しない場合は、共催できません。
3. 実施期間 令和5年4月～令和6年2月20日（火） ※年度末事務処理の関係によりです。
4. 開催届出期限 令和5年4月～令和6年1月19日（金）
5. 費用 費用の一部（上限20万円）を負担します。  
※詳細は「費用申請に関する注意事項（別添1）」、「費用申請に添付する領収書等について（別添2）」をご確認ください。
6. 手続き 各申請書式（別紙1）～（別紙4）は日本医師会女性医師支援センターホームページ（<https://www.med.or.jp/joseiishi/article024.html>）より入手できます。

### 【開催前】

#### ① 開催届出 ＜実施責任者 → センター＞

原則として開催の約1か月前までに「開催申請書（別紙1）」ならびに「ノベルティグッズ依頼書（別紙2）」をセンター代表アドレスへ送信・申請してください。

※メールでのご連絡が難しい場合、郵送でも受付けます。

※申請内容によっては受付できない場合がございますので、ご注意ください。

② 開催申請書の承認 <センター → 実施責任者>

「開催申請書」受領後、本会にて審査・承認の手続きを行います。承認された申請に対し「開催確認書」をメールで送信いたします。

※原則、開催後の申請は認められません。

※ご都合により開催が中止・延期になった場合は、速やかにお知らせください。

【開催当日】

① 申請・承認された内容で開催してください。

② 参加者アンケートのご協力をお願いします。集計は日本医師会で行い、結果は内部資料とさせていただきますので、ご了承ください。また、「参加者アンケート」は Google フォーム (<https://forms.gle/wrFwbxzk4KjYT6Dd6>) をご利用いただけます。その際は次の QR コードから読み取り可能です。



③ 日本医師会女性医師バンク事業の広報活動として、参加者にはノベルティグッズを配布いただき、可能な範囲で紹介してください。

【開催後】

① 開催報告 <実施責任者 → センター>

原則として、開催終了後1か月以内に「開催報告書(別紙3)」、「次第(プログラム)」、参加者名簿(氏名、所属)および「開催費用申請書(別紙4)」、領収証(写)・明細(請求書等の写)をセンター代表アドレス宛にメールで送信いただくか、郵送にてお送りください。

② 費用申請 <実施責任者 → センター>

「費用申請に関する注意事項(別添1)」、「費用申請に添付する領収書等について(別添2)」の内容をご確認の上、申請してください。書類に不備がある場合など、経費としてお支払できない場合がございます。

(例：申請時と開催内容に相違がある場合、領収書(写)等の添付不備、提出期限超過、等)

※1月下旬以降に開催される講習会については、開催報告・費用申請期限を  
**令和6年2月29日(木) 必着**とさせていただきます。  
期限を過ぎると費用をお出しできない場合がございます。

③ 費用の振込 <センター → 実施責任者>

報告・費用申請が到着後、手続きが完了しましたら、ご指定の振込先に送金いたします。

【問合せ・書類提出先】

日本医師会 女性医師支援センター 「サポートの会」係

〒113-0021 東京都文京区本駒込 2-28-8 文京グリーンコートセンターオフィス 17階

E-mail: [jmawdbk@jmawdbk.med.or.jp](mailto:jmawdbk@jmawdbk.med.or.jp) (センター代表メール)

TEL:03-3942-6470(直通) FAX:03-4496-4021

(別紙1)

## 開催申請書

年 月 日

日本医師会  
会長 松本 吉郎 殿

主催団体名  
〔 都道府県医師会 〕 :  
・学会等

代 表 者 :

「令和5年度 医学生、研修医等をサポートするための会」の開催について(開催申請書)

今般、標記につきまして、日本医師会との共催により開催いたしたく、下記のとおり申請いたします。

### 記

1. 日時 : 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分
2. 場所(WEB配信元) :
3. 開催形式 :  
(○を付けてください) ・対面形式 ・WEB形式 ・ハイブリット形式
4. 受講対象 :
5. 講習会等名称 :
6. プログラム



日本医師会女性医師バンク  
ノベルティグッズ依頼書

|                  | 可 【 個 】 ・ 不可                                                                                                           |  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. 配布の可否<br>(必須) | <p>* 可または不可に ○印、また可の場合は希望個数をご記入ください。</p> <p>* ”可”の場合は、個数と以下2. 3. の項目もご記入ください</p> <p>* ”不可”の場合、2. のご所属・氏名のみご記入ください。</p> |  |

|                             |                               |                                                |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------|
| 2. ご担当者                     | ご所属 (必須)                      |                                                |
|                             | 氏 名 (必須)                      |                                                |
|                             | 住 所 (必須)                      | 〒:<br>住所:<br><br>TEL:                          |
|                             | E-mailアドレス (必須)               | @                                              |
| 3. 送 付 先                    | 住 所 (必須)<br><br>* 2.と同様の場合は不要 | 〒:<br>住所:<br><br>宛名:<br>TEL:                   |
|                             | 配送希望日時<br>(希望がある場合)           | 午前中 ・ 14時～16時 ・ 16時～18時<br>・ 18時～20時 ・ 19時～21時 |
| 4. その他、伝達事項があれば<br>ご記入ください。 |                               |                                                |

# 開催報告書

(別紙3)

1. 共催者1(報告者) \_\_\_\_\_

共催者2(日本医師会以外) : \_\_\_\_\_

2. 会の名称 : \_\_\_\_\_

3. 開催日時 年 月 日(曜日) 時 分 ~ 時 分

4. 開催場所(WEB配信元) : \_\_\_\_\_

5. 参加者数 : \_\_\_\_\_ 名 (内WEB参加者 \_\_\_\_\_ 名) (女性 \_\_\_\_\_ 名、男性 \_\_\_\_\_ 名)  
内訳 { 医師 \_\_\_\_\_ 名(うち研修医 \_\_\_\_\_ 名)  
(分かる範囲) { 医学生 \_\_\_\_\_ 名 その他 \_\_\_\_\_ 名 ※名簿を添付してください。

6. 託児室併設の有無  
☐ 有 → 利用実績(子どもの人数) \_\_\_\_\_ 人 ☐ 無

7. 申込者による参加者アンケート実施の有無  
☐ 有 → Googleフォームより入力。  
☐ 有 → アンケート用紙に記入。  
☐ 無

8. その他の添付資料  
☐ 当日の配布資料 ☐ 記録集、会報等に掲載された記事 等 } ※それぞれ  
☐ その他( ) } 1部ずつ  
ご提供ください。

9. 次第(プログラム)  
☐ 添付のとおり

→次ページへ

10. 議事内容、要旨

☐ 添付のとおり

☐ 以下のとおり（以下の欄に記載してください。）

・講演のテーマ、主な話題 等

・参加者からの意見、要望 等

・今後の課題、予定（本講習会について）

・その他

開催費用申請書

年 月 日

日本医師会女性医師支援センター 御中

(団体名)

「令和5年度医学生、研修医等をサポートするための会」開催に伴う  
費用を、下記の通りご申請いたします。

| 項 目   | 金 額 | 領収書写し<br>同封の確認欄          |
|-------|-----|--------------------------|
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
|       |     | <input type="checkbox"/> |
| 合 計   | 円   |                          |
| 申 請 額 | 円   |                          |

○振込先

銀行名支店名

預金種目 (普通・当座)

口座番号

(フリガナ)口座名義人名

←必ずフリガナを明記してください。



# 参加者アンケート

開催日 年 月 日

|                                                                                                                                                                                                         |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <p>【主催者記入欄】 下記該当の事業に☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 医学生・研修医をサポートするための会</p> <p><input type="checkbox"/> 女性医師の勤務環境の整備に関する病院長、病院開設者・管理者等への講習会</p> <p><input type="checkbox"/> 地域における女性医師支援懇談会</p> | <p>【主催者記入欄】</p> <p>会の名称</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

## I ご自身について

1. 年齢 (1)20代 (2)30代 (3)40代 (4)50代 (5)60代 (6)70代 (7) その他( )

2. 職業

|                               |
|-------------------------------|
| (1)勤務医                        |
| ①常勤 ②非常勤 ③休職・離職中 ④その他( )      |
| (2)開業医                        |
| (3)勤務医・開業医以外                  |
| ①病院管理者 ②教授 ③准教授 ④講師 ⑤研修医( 年目) |
| ⑥医学生( 年生) ⑦看護師 ⑧事務職 その他( )    |

## II 今回の会について

1. 今回参加された理由をお聞かせください(主なもの一つ)

- (1)テーマ (2)クチコミ(医師会・先輩医師・知人・友人・その他 )
- (3)参加者との交流 (4)勉強 (5)情報収集 (6)以前から興味 (7)その他( )

2. 参加されての感想をお聞かせください

- (1)とても良かった (2)良かった (3)普通 (4)あまり良くなかった (5)良くなかった

理由:

3. 参加されて女性医師支援、ワークライフバランス、男女共同参画に対する意識は変化しましたか

- (1)意識が上がった (2)少し上がった (3)変わらない

理由:

4. 今後もこのような活動は必要だと思いますか

- (1)必要である (2)どちらともいえない (3)必要はない

理由:

## III 日本医師会女性医師バンクについて

1. 日本医師会女性医師バンクを知っていますか

- (1)以前より知っていた (2)今回の会で知った (3)知らない

↓ (主なもの一つ)

- ①チラシ・ポスター ②ホームページ ③SNS ④医師会報 ⑤クチコミ( ) ⑥その他( )

どのような関係の方から等

## IV その他

1. ご要望・ご意見等ございましたらご記入ください

以上です。ご協力ありがとうございました。

※日本医師会女性医師バンクは、厚生労働省から「女性医師支援センター事業」の補助を受け、女性医師のライフステージに応じた就労を支援し、医師の確保を図ることを目的として、女性医師の就業斡旋・復職支援等をおこなっております。年齢・性別等を問わず男女共同参画やワークライフバランスについて、明確に理解しておくことが必要との考えから本会は、本事業の一環として、日本医師会女性医師支援センターが主催となり開催しているものです。

日本医師会 女性医師支援センター

費用申請に関する注意事項

●請求できる費用

- ・講師謝金、旅費
- ・アルバイト賃金
- ・会場、機器類レンタル料、等  
(開催当日のものに限る)
- ・資料印刷代  
(当日配布資料・案内状・チラシ等)
- ・案内状等送料
- ・消耗品代(看板、文具等)
- ・飲食代  
但し、高額なものを除く。  
お茶、お弁当程度。  
おおよその単価目安、1,500円未満。
- ・託児費用

●請求できない費用

- ・貴会役職員(日医役職員含む)謝金、賃金、交通費
- ・貴会機関紙等印刷・発送費用
- ・本事業に関連のない冊子等の購入費用
- ・金券類(講師謝礼を除く)、土産、クーポン、記念品等の代金
- ・高額な飲食代
- ・備品購入代
- ・参加者旅費、交通費
- ・自社ビルや事前打ち合わせ等の会場費
- ・実施責任者と同一会計の団体の収益になる費用
- ・振込手数料\*経費に該当するため不可

見 本

開催費用申請書

〇年〇月〇日

日本医師会女性医師支援センター 御中

〇〇医師会

「医学生・研修医等をサポートするための会」開催に伴う費用を、下記の通りご請求申し上げます。

謝金・旅費・アルバイト賃金・飲食代をご請求の場合、対象者の人数をご明記下さい。

| 項 目             | 金 額      | 領収証等<br>同封確認欄 |
|-----------------|----------|---------------|
| 講師謝金(2名分)       | 80,000円  |               |
| 講師旅費(2名分)       | 5,000円   |               |
| アルバイト賃金(2名分)    | 4,000円   |               |
| 会場・機器レンタル料      | 32,000円  |               |
| 資料印刷代(配布資料・チラシ) | 15,000円  |               |
| チラシ封入代          | 10,000円  |               |
| 案内状・チラシ等送料      | 7,000円   |               |
| 消耗品代            | 15,000円  |               |
| 飲食代(15名分)       | 15,000円  |               |
| 託児費用            | 20,000円  |               |
| 合 計             | 203,000円 |               |
| 請 求 額           | 200,000円 |               |

○振込先

銀行名

〇〇銀行 〇〇支店

口座番号

(普通) 123456789

フリガナ

公益社団法人 〇〇医師会

口座名

上限は本年度1団体20万円です。  
(※例えば、講師謝金のみで20万円を超えた場合などは、それ以外を記載する必要はありません)

口座名義人名はフリガナを明記してください。

留意事項

- ・ご請求の際には、「請求できる費用」と「請求できない費用」の再確認をお願いいたします。
- ・費用申請の上限金額は、当該年度 1団体で20万円となります。  
(例えば、1回目の費用申請額が15万円だった場合、2回目の費用申請上限は5万円となります。)
- ・費用申請には「当日の次第(プログラム)」、「領収書(写)」、「明細書(写)」等の添付が必要です。  
※請求内容との整合性がとれるものの写しが必要となります。＜別添2を参照＞
- ・費用申請期限(令和6年2月29日)を過ぎた場合は、費用をお支払いできない場合もございます。

その他、不明な点がございましたら担当までお問い合わせ下さい。



## 費用申請に添付する領収書等について

助成金の費用申請を行う際には、「当日の次第(プログラム)」「領収書」「内容・単価・数量などの明細が記載された証拠書類(請求書等)」をご添付願います。

### ◎必要な領収書及び請求書等証拠書類

|              |                                                                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 振込で支払いを行った場合 | ① 当日の次第(プログラム)<br>② 振込受付書<br>③ 請求書 請求明細<br>(内容・単価・数量等の記載があるもの)                                     |
| 現金で支払いを行った場合 | ① 当日の次第(プログラム)<br>② 領収書<br>または<br>レシート<br>※領収書やレシートに内容・単価・数量等の記載がない場合は、請求書や納品書など明細が分かる書類を添付してください。 |

### <明細が分かる書類についての注意事項>

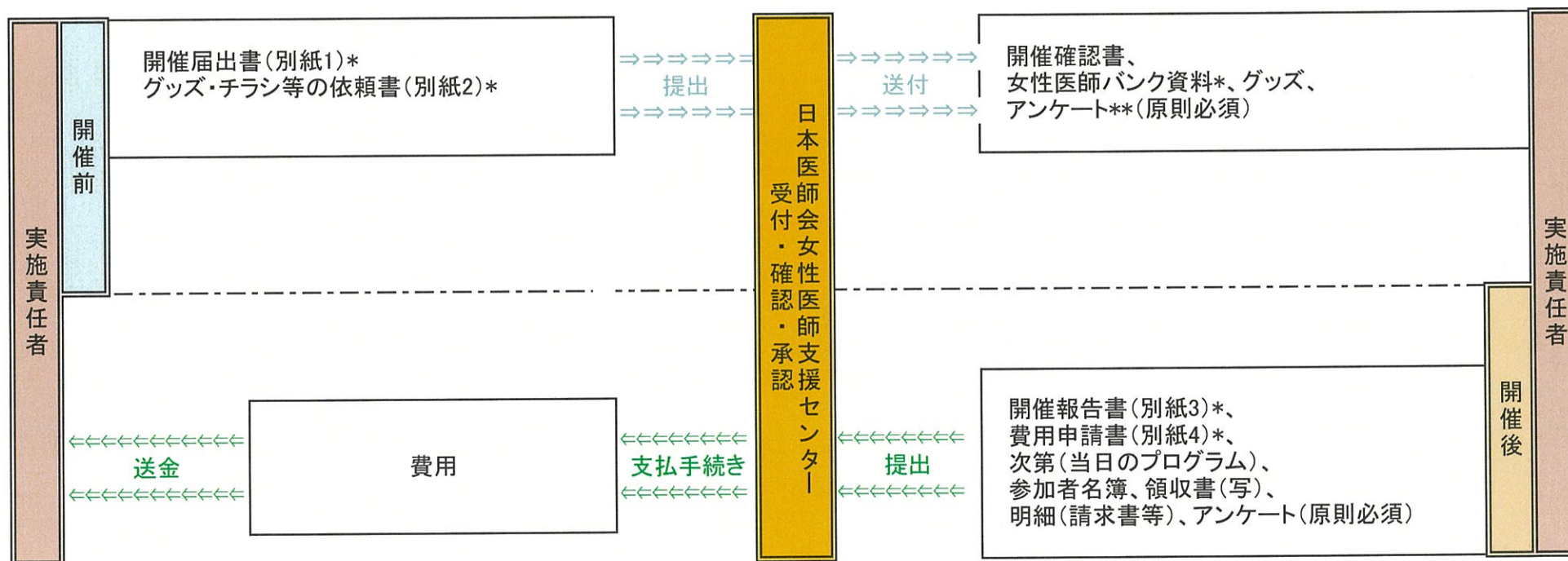
請求書等の明細が「一式 〇〇円」の場合、用途や内容が分からず、査定ができません。

(良くない例・明細として請求書を添付する場合)

|                                                                                                                                              |                                  |    |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----|-------|
| 年 月 日                                                                                                                                        |                                  |    |       |
| <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">請 求 書</p> <p style="margin: 5px 0;">公益社団法人 〇〇県医師会 様</p> <p style="margin: 5px 0;">請求金額 * * * * *</p> | <p style="margin: 0;">△△株式会社</p> |    |       |
| 品名                                                                                                                                           | 数量                               | 単価 | 金額    |
| フォーラム設営等業務                                                                                                                                   | 一式                               |    | ***** |
| 合計                                                                                                                                           |                                  |    | ***** |

## 医学生、研修医をサポートするための会 事務手続きフロー

実施期間： 令和5年4月～令和6年2月20日(火)



開催報告・費用申請期限： 開催後1ヶ月以内\*\*\*

- \* HP (<https://www.med.or.jp/joseishi/article024.html>) よりダウンロード可能
- \* \* Googleフォーム (<https://forms.gle/wLGx5PnnytGJQthB9>) も利用可能
- \* \* \* 令和6年1月下旬以降の開催については令和6年2月29日(木)必着