

○つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この事業は、つるぎ町立半田病院（以下「当院」という。）の医師の雇用を促進するため、海外留学を希望する医師に対し、当院への勤務年数に応じて、海外留学支援の知見を有する公益財団法人日米医学医療交流財団（以下「財団」という。）の支援を受け、海外留学に係る費用を助成するものである。

(助成対象者)

第2条 この事業における助成対象者は、以下の各号に掲げる条件を満たす者とする。ただし、本事業は、新たな医師の確保を目的としているため、すでに常勤医として当院に勤務する医師は対象外とする。ただし、つるぎ町病院事業管理者（以下「管理者」という。）が、特に必要と認めた場合は、この限りではない。

- (1) つるぎ町立半田病院に常勤できる医師
- (2) 総合診療科、一般内科、一般外科、整形外科、泌尿器科の医師
- (3) 次に掲げる海外留学（以下「留学」という。）を希望する医師
 - ア 臨床留学 ※既にUSMLEを取得している者又は受験準備中の者に限る。
 - イ 研究留学
 - ウ MPH留学等

(申請等)

第3条 この事業による支援を受けようとする医師は、次に掲げる書類を管理者に提出しなければならない。

- (1) つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業申請書（様式1）
 - (2) 申込書（A-1、A-2）、履歴書
 - (3) 卒業証書の写しもしくは卒業証明書
 - (4) 医師免許証の写し
 - (5) USMLE/Step1・Step2 CK,CS等の合格証の写し（取得者に限る）
 - (6) その他関係書類
- 2 管理者は、前項の規程により、支援希望者から申請書の提出があった場合は、提出書類の内容を確認し、面接を実施するものとする。また、第1条に規定する財団においても面接を実施し、その可否について、管理者は財団より報告を受けるものとする。
- 3 管理者は、第1項並びに第2項の結果を踏まえ、支援対象選考を実施し、その結果を文書（様式2）により申請者に通知するものとする。
- 4 本事業計画について、助成対象者は、留学先が決定次第、つるぎ町立半田病院医師海外留学支

援事業計画書（様式3-1）に、関係書類を添えて管理者に提出しなければならない。

5 助成対象者は、当該事業計画において留学期間に変更があった場合は、速やかにつるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業変更計画書（様式3-2。以下「変更計画書」という）を管理者に提出しなければならない。

6 助成対象者は、前項の規定に基づき、管理者に変更計画書の提出がなかった場合は、当院を退職後、5年をもって、本事業の辞退があったものとみなす。

（その他海外留学に関する事項）

第4条 海外留学は、当院を退職後とする。

2 海外留学先の調査、決定、渡航準備等については、助成対象者自らが行うものとする。

3 海外留学中における健康保険、事故等対応保険等については、助成対象者自らが保険加入等を行うものとする。

（身分及び処遇等）

第5条 助成対象者の当院在籍中の身分及び処遇は、つるぎ町条例、規則、その他関連法令等に基づくものとする。

2 助成対象者は、帰国後、当院での勤務を希望する場合は、復職することができる。

（留学支援期間）

第6条 本事業の留学支援機関は、当院への勤務期間と同期間とするが、留学期間が勤務期間よりも短い場合は、留学期間を支援期間とし、かつ、上限を3年とする。勤務期間が1年に満たない場合や勤務期間に端数月が生じた場合については、以下のとおりとする。なお、勤務期間については、上限を定めないものとする。

(1) 勤務期間が1年に満たない場合は、留学支援はなし

(2) 勤務期間が2年に満たない場合は、留学支援期間は1年

(3) 勤務期間が3年に満たない場合は、留学支援期間は2年

2 天災、新興感染症の感染拡大等やむを得ない事由により、留学等の延期を余儀なくされる場合は、助成対象者はその旨を管理者に報告し、協議のうえ、本事業の継続の可否を決定するものとする。

（助成金）

第7条 海外留学に要する経費については、第1条の規程により、以下のとおり助成する。

(1) 留学先から給与等を支給される場合：800万円×留学支援期間

(2) 留学先から給与等を支給されない場合：1,000万円×留学支援期間

2 前項に規定する助成金について、助成対象者はつるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業助成金請求書（様式4）（以下「請求書」という。）を、当院退職後、管理者に提出するものとする。

3 管理者は、前項の規定により請求書の提出があった場合、1ヵ月以内に支払うものとし、支払

い方法については、助成対象者が指定する口座への振込のみとする。

4 助成金に係る納税等については、国内外を問わず所得税法及びその他関連法令に基づき、助成対象者自ら関係機関に問い合わせ、対応することとする。

(実績報告)

第8条 助成対象者は、海外留学開始後、つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実績報告書(様式6)を年2回、管理者並びに財団に提出しなければならない。

(留学支援決定の取消)

第9条 管理者は、助成対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、留学支援決定を取り消すものとする。

- (1) 心身の故障のため留学研修を開始し、又は終了する見込みがなくなったと認めるとき。
- (2) 留学研修を中止したとき。
- (3) 留学研修の実績又は性行が著しく不良となったとき。
- (4) 留学研修生が死亡したとき。
- (5) その他留学研修の目的を達成する見込みがなくなったと認められるとき。

(経費の返還)

第10条 研修留学生在が、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、第7条の規定に基づき交付した助成金の全額を返還しなければならない。

- (1) 第9条の規定に基づき、留学支援決定を取り消されたとき。
- (2) 医師免許を取り消されたとき。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、管理者が別に定める。

附 則

この要綱は、令和6年2月1日から施行する。

様式 1

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業申請書

令和 年 月 日

つるぎ町病院事業管理者

あて

住所

氏名

印

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業に申し込みたいので、つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実施要綱第 3 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

関係書類

- 1 ※申込書 (A-1、A-2)、履歴書
- 2 卒業証書の写し、もしくは卒業証明書
- 3 医師免許証の写し
- 4 USMLE/Step 1・Step 2 CK,CS 等の合格証の写し (取得者に限る)
- 5 その他参考となる書類

※日米医学医療交流財団の指定した様式に記入し、履歴書は和文とする。写真は 3 ヶ月以内に撮影したものを使用すること。

様式 2 - 1

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業支援対象選考結果通知書

令和 年 月 日

様

つるぎ町病院事業管理者

印

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

このたびは、当院の医師海外留学支援事業にご応募いただき、又、先日は、お忙しいなかご足労いただきまして、誠にありがとうございました。

厳正なる選考の結果、貴殿を医師海外留学支援対象者とすることに決定いたしましたのでご通知申し上げます。

つきましては、今後必要な手続き等お伝えしたい事がありますので、 月 日までに、当院事務長まで、お電話にてご連絡をお願いいたします。

今後とも何卒よろしくお願いいたします。

敬具

本件に関する問い合わせ先：つるぎ町立半田病院 事務長

Tel. 0883-64-3145

様式 2 - 2

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業支援対象選考結果通知書

令和 年 月 日

様

つるぎ町病院事業管理者

印

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

このたびは、当院の医師海外留学支援事業にご応募いただき、又、先日は、お忙しいなかご足労いただきまして、誠にありがとうございました。

選考の結果についてですが、院内にて慎重に検討した結果、誠に恐縮ながら今回はご希望に添いかねるという結果となりました。

何卒ご了承くださいますようお願い申し上げます。

なお、お預かりした選考書類を同封いたしましたのでご査収下さい。

末筆ではございますが、 様のこれからのご活躍をお祈り申し上げます。

敬具

本件に関する問い合わせ先：つるぎ町立半田病院 事務長

Tel. 0883-64-3145

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業計画書

令和 年 月 日

つるぎ町病院事業管理者 あて

住所

氏名

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実施要綱第 3 条第 4 項の規定により、別紙のとおり提出します。

記

1. 海外留学先	
2. 留学期間	年 月 ~ 年 月
3. 留学先での給与等の支給状況	有 ・ 無
4. 海外での連絡先	住所：
	TEL：
	E-mail：
5. 日本での連絡先	住所：
	TEL：
	E-mail：

※ 記入漏れがないようにお願いします。また、海外、日本での連絡先に変更が生じた場合は、速やかにつるぎ町立半田病院総務課(TEL:(代)0883-64-3145、E-mail:syomu@tsurugi.i-tokushima.jp)まで連絡ください。

添付書類

- ・ つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業計画書（任意）

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業変更計画書

令和 年 月 日

つるぎ町病院事業管理者 あて

住所
氏名

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実施要綱第 3 条第 5 項の規定により、別紙のとおり提出します。

記

	変更項目
1. 海外留学先	
2. 留学期間	年 月 ~ 年 月
3. 留学先での給与等の支給状況	有 ・ 無
4. 海外での連絡先	住所：
	TEL：
	E-mail：
5. 日本での連絡先	住所：
	TEL：
	E-mail：

※ 当該事業計画に変更があった箇所のみ、ご記入ください。

添付書類

- ・つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業変更計画書（任意）

様式 5

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業助成金振込決定通知書

令和 年 月 日

様

つるぎ町病院事業管理者 印

年 月 日に提出のあったつるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業請求書により請求のあった助成金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 助成金

決定助成金額	円
--------	---

2. 振込先金融機関等

① 金融機関名	
② 支店名	
③ 預金種目	
④ 口座番号	
⑤ 口座名義人（フリガナ）	
⑥ 振込予定日	年 月 日

以上

様式 6

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実績報告書

令和 年 月 日

つるぎ町病院事業管理者 あて

住所

氏名

つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実施要綱第 8 条の規定により、別紙のとおり提出します。

記

添付書類

- ・つるぎ町立半田病院医師海外留学支援事業実績報告書（公益財団法人日米医学医療交流財団指定の様式）

以上