第１号様式の２

令和　　年度　大阪府訪問看護ネットワーク事業計画書

**（補助事業及び間接補助事業）**

**１　実施期間**

**２　事業の目的**

|  |
| --- |
| （現状、課題、課題解決に向けた取組みの方向性など） |

**３　事業内容（できるだけ詳細に記載してください。）**

**※　補助対象事業に示した事業について、具体的に記載してください。**

|  |
| --- |
| **①　間接補助事業者選定に関すること**（募集方法、委員メンバー、開催期間、協議内容等） |
| **②　広報、説明会等に関すること**（周知方法、開催地、開催期間、開催規模等） |
| **③　在宅患者災害時支援体制整備事業に関すること**（設置ステーションの委託計画、研修計画、メンテナンス計画等） |
| **④　その他大阪府訪問看護ネットワーク事業の実施に必要なこと** |

**４　訪問看護ステーションへの補助方法を記載してください。**

**（１）補助事業内容**

|  |
| --- |
|  |

**（２）補助方法**

|  |
| --- |
| （補助金交付手続き、交付決定の基準・方法等） |

**５　実施体制**

|  |
| --- |
| （責任者、実務者、役割分担） |

**６　事業スケジュール**

|  |
| --- |
|  |

**７　その他特記事項**

|  |
| --- |
| （申請にあたり記載しておく必要がある事項など） |

**（補助事業）**

**１　事業の目的**

|  |
| --- |
| （現状、課題、課題解決に向けた取組みの方向性など） |

**２　事業内容（できるだけ詳細に記載してください。）**

**※　補助対象事業に示した事業について、具体的に記載してください。**

|  |
| --- |
| **①　研修の概要に関すること**○　研修対象者○　研修期間（研修時期、回数含む）○　研修テーマと目的（目標）及び主な内容（概要）○　講師メンバー○　受講予定者数○　広報の範囲・方法○　その他 |
| **②　研修の具体的な内容に関すること**○　研修内容（詳細、シラバス、研修スケジュール等）○　研修方法（講義・実技・グループワーク等） |

**３　実施体制**

|  |
| --- |
| （責任者、実務者、役割分担） |

**４　事業スケジュール**

|  |
| --- |
|  |

**５　その他特記事項**

|  |
| --- |
| （申請にあたり記載しておく必要がある事項など） |

**（補助事業・間接補助事業　共通）**

**１　経費見積額・補助申請額（別途様式に記載）**

**２　事務担当者連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 部署・氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話・ＦＡＸ | 電話：　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| メールアドレス |  |

・　紙面が不足する場合は、枠を拡大または別葉としてください。

・　事業計画を補足説明する参考資料等がある場合は、併せて提出してください。