実施提案書

１．応募者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 代表者 | ふりがな  氏　名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者 | ふりがな  氏　名 |  |
| 所属、部署及び役職 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

２．共同で事業を実施する団体

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 | |  |
| 代表者 | ふりがな  氏　名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者 | ふりがな  氏　名 |  |
| 所属、部署及び役職 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

※　共同で事業を実施する団体が２者以上の場合は、適宜記入欄を追加して下さい。

３．訓練概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訓練項目 | 実施可能な訓練項目をチェックしてください。（複数選択可）  □船舶への医療資器材の搭載及び利用  □船内への患者の搬入及びトリアージ  □患者の安定化措置  □船外への患者の搬送  □広域災害救急医療情報システム等の利用  □その他（具体的に記入してください）  　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | |
| 訓練希望日 | 令和　　年　　月　　～　　令和　　年　　月頃 | | |
| 訓練場所 |  | | |
| 被害想定 |  | | |
| 医療活動の  対象患者 |  | | |
| 訓練で想定する  医療活動期間 | *（例：発災後○日～○日）* | | |
| 訓練参加者  予定 | 医療従事者 | 医師 | 約　　　　名　（派遣元所属：　　　　　　　　　） |
| 看護師 | 約　　　名　（派遣元所属：　　　　　　　　　） |
| その他 | 約　　　名　（派遣元所属：　　　　　　　　　） |
| 模擬患者 | | 約　　　名 |
| その他  （指揮所要員、運航要員等） | | 約　　　名　（派遣元所属：　　　　　　　　　）  約　　　名　（派遣元所属：　　　　　　　　　） |
| 使用予定  資器材 |  | | |
| （上記のうち自ら確保できる資器材を以下に記載してください。） | | |

４．実施体制

　本事業の実施体制について、図にまとめて記載してください。特に共同で事業を実施する場合、それぞれの役割分担を明確に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

５．全体工程

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | ８月 | ９月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 |
| １．実証訓練の実施  ２．ワークショップの実施  ３．・・・  ４．・・・ |  |  |  |  |  |  |

６．概算経費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 算出根拠 | 金額（千円） |
| １．謝金 |  |  |
| ２．旅費 |  |  |
| ①小計（１＋２） | |  |
| ３．消耗品費 |  |  |
| ４．借料及び損料 |  |  |
| ②小計（３＋４） | |  |
| **合計（①＋②）** | |  |

※事務局が負担する対象経費のみを記載してください。

７．活動実績

本事業に関連する船舶を活用した活動実績がありましたら記載してください。

|  |
| --- |
|  |

８．備考

　その他、事務局に対するご意見、連絡事項等がありましたら記載してください。

|  |
| --- |
|  |