様式　公募申請様式

令和　　　年　　　月　　　日

　厚生労働大臣　殿

医療機関名

代表者名　　　　　　　　 　印

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制

強化のための地域ブロック拠点病院整備事業

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業（以下、「拠点病院整備事業」という）に応募したいので、次のとおり応募書類を提出する。

1. 申請者について

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |

1. ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に係る協力医療機関に選定されていますか。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

1. 令和４年度拠点病院整備事業における拠点病院に選定されていますか。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

２．ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療に主としてあたる診療科について

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名 |  |
| 診療科代表者  氏名  役職名  E-mailアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |

３．診療体制について

　　1) 主として診療にあたる診療科における診療体制について

|  |  |
| --- | --- |
| 当該診療科に常勤している医師の人数 | 人 |
| 上記のうち、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療に従事している医師の人数 | 人 |
| 医師以外で診療に従事している職種および人数 | 職種：　　　　　　、　　人  職種：　　　　　　、　　人  職種：　　　　　　、　　人 |

2) 連携可能な診療科における診療体制について

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる診療科と連携して診療が可能な診療科名、およびヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療に従事している医師の人数 | 診療科名：　　　　　　　　、　　人診療科名：　　　　　　　　、　　人  診療科名：　　　　　　　　、　　人  診療科名：　　　　　　　　、　　人 |

４．診療状況について

1)　主として診療にあたる診療科における、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に対する診療状況について

　　　※令和４年度は、令和４年12月31日までの状況について記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 新規に受診した患者数 | 平成30年度：　　　人  令和元年度 ：　　　人  令和２年度 ：　　　人  令和３年度 ：　　　人  令和４年度 ：　　　人 |
| 年間のべ受診患者数 | 平成30年度：　　　人  令和元年度 ：　　　人  令和２年度 ：　　　人  令和３年度 ：　　　人  令和４年度 ：　　　人 |
| 令和５年１月１日時点で、継続的に受診中の患者数 | 人 |

2) 主として診療にあたる診療科において、実施している治療内容やその効果について具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

５．令和４年度の拠点病院整備事業の実施状況について

　　※令和４年度拠点病院整備事業において、拠点病院に選定されている場合は、1)の質問に、そうでない場合は2)の質問にお答え下さい。

1. 令和４年度の拠点病院整備事業で実施した事業について、事業概要・実施頻度等について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

1. 令和４年度の拠点病院整備事業で拠点病院が実施する事業への参加状況について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

６．研究の実施状況について

　1) これまでにヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状に関連する研究を実施したことはありますか（ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種によるものではない疼痛や運動障害等に関する研究も含みます）。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

　　実施したことがある場合は、下記に研究概要・実施時期・獲得した外部競争資金の詳細（時期・課題名・金額等）等を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

　2)ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関連する厚生労働行政推進調査事業研究班の研究に協力したことはありますか。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

　　協力したことがある場合は、下記に協力した研究の研究課題名・時期・協力内容等を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

７．他の医療機関・関係機関・関係団体との連携の構築状況について

これまでに他の医療機関や都道府県、市町村、医師会等と連携して、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種後に生じた症状の診療にあたったことはありますか。

|  |
| --- |
| はい　・　いいえ |

　　ある場合は、診療内容や連携内容等を具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

８．事業計画について

1) 医療機関との連携の構築

|  |
| --- |
|  |

2) 都道府県・市町村・医師会・学校関係者・予防接種センター等との連携

|  |
| --- |
|  |

3) 調査の実施と調査・研究への協力

　　※ブロック内の医療機関における診療状況調査、HPVワクチンの接種後に生じた症状に関する臨床像調査に関する計画について記入して下さい。

|  |
| --- |
|  |

4) その他（１～３以外に本事業に資すると判断されるものに限る）

|  |
| --- |
|  |

5) 本事業の実施に必要な事業費について、その内訳を記入してください。補助対象経費は、本事業の実施に必要な諸謝金、賃金、旅費、備品費、印刷製本費、借料及び損料、会議費、通信運搬費、雑役務費、委託費となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 支　出　予　定　額 | | |  |
| 員　数 | 単　価 | 金　額（円） |  |
| ○○○費  　○○○  　○○○  　　・  　　・  ○○○費  　○○○  　○○○  　　・  　　・  ○○○費  　○○○  　○○○  　　・  　　・ |  |  |  |  |

（作成上の留意事項）

1. 本事業計画書は、申請事業の採択の可否等を決定するための評価に使用されます。
2. 各項目の記入量に応じて、適宜、欄を引き伸ばして差し支えありません。