

浜松市医療奨励賞の授与に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、医療の振興を図るため、医療の普及及び向上に寄与した医師・歯科医師(以下「医師」という。)に対して授与する医療奨励賞について必要な事項を定める。

(医療奨励賞授与の対象)

第2条 市長は、市内に所在する医療機関(医療を学術的に研究する医療機関を除く。)において医療に従事する医師個人又は医師の団体で、診断又は治療方法の開発若しくは改善を行い、医療水準の向上に著しく貢献したと認められる場合は、当該医師又は医師の団体に対して医療奨励賞を授与する。ただし、団体の場合においては医師以外の医療技術者を構成員として含むことができる。

(褒賞)

第3条 医療奨励賞は賞状に添えて、予算の範囲内において1件につき20万円を超えない額の賞金及び副賞を授与する。

(授与の申請)

第4条 医療奨励賞の授与を受けようとする者(団体にあつてはその代表者)は、毎年10月末日までに、次の各号に掲げるものを市長に提出しなければならない。

ただし、同月末日が市の休日に当たるときは、市の休日の翌日をもってその期限とする。

(1) 浜松市医療奨励賞授与申請書(第1号様式)

(2) 履歴書(第2号様式)

(3) 実績書(第3号様式)

(授与の決定)

第5条 市長は前項の規定により申請書の提出があつたときは、その内容を審査して授与の可否を決定する。

(授与)

第6条 医療奨励賞の授与は毎年1月に行うものとする。

(選考審査会)

第7条 申請のあつた事項について審査するため、浜松市医療奨励賞選考審査会(以下「審査会」という。)を置き、委員8人以内で組織する。

2 委員は、知識経験を有する者のうちから市長が委嘱する。

3 審査会に会長及び副会長1人を置き、委員の互選により定める。

4 審査会は会長が議長となる。

5 審査会の会議は委員の過半数の出席がなければ開くことができない。

6 審査会において必要があると認めたときは、関係者の出席を求めて意見を聞くことができる。

7 委員は、医療奨励賞の授与が終了したときは、解嘱されるものとする。

(細目)

第8条 この要綱の実施について必要な事項は、市長が別に定める。

附則

この要綱は、昭和50年10月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成元年11月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成8年11月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成12年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成13年10月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成16年4月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成18年8月1日から実施する。

附則

この要綱は、平成22年7月1日から実施する。

附則

この要綱は、令和元年6月1日から実施する。

附則

この要綱は、令和2年6月1日から実施する。

附則

この要綱は、令和4年6月1日から実施する。

附則

この要綱は、令和5年6月1日から実施する。

第 1 号様式

令和 年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者	住所
〔 団体は団体名 及び代表者 〕	氏名
	TEL
	メールアドレス

浜松市医療奨励賞授与申請書

次のとおり医療奨励賞の申請をしたいので、浜松市医療奨励賞の授与に関する要綱に基づき関係書類を提出します。

記

- | | | |
|---|-------------------|-------------------|
| 1 | 申請の種類 | 研究論文 ・ 活動報告 |
| 2 | 添付書類 | |
| | (1) 履歴書 (第 2 号様式) | 1 通 |
| | (2) 実績書 (第 3 号様式) | 1 通 |
| | (3) 実績明細 | |
| | ①内容の要約 | |
| | ②研究論文・活動報告 | |
| | ③資料 | |
| | (4) その他参考資料 | |

履 歴 書

第2号様式

(ふりがな) 氏 名	生年月日	職 業	専門科目	経験 年数	勤 務 場 所 (所在地及び医療機関名)	現 住 所	最終学歴 (大学含む)	職 歴	賞罰歴 及び 団体歴

※団体の場合は全員分記載し、代表者は氏名の前に「◎」を記入してください。団体歴の項には業務の関連の有無に関わらず、各種団体の参加歴及び役員歴のうち主なものを記載してください。

第 3 号様式

実 績 書

医療機関名		所在地	
件 名			
氏 名 (団体は代表者)		職 名	
実 績 明 細	別紙のとおり（A 4 判横書き）		
添付資料（既発表論文・引用論文を記載する場合は、当該論文が掲載された雑誌名・文献名等）			
所属医療機関等の提出同意書 本 所属の上記の者が本書及び添付の内容で浜松市医療奨励賞の申請を行うことについて、同意する。 医療機関等名 _____ 医療機関の管理者等 _____ 肩 書 _____ 氏 名 _____			