

自主活動提案型事業（2025年度事業計画より創設）

北海道医療ソーシャルワーカー協会では、会員による会員のための会員の自発的な既製の枠にとられない自由な発想で、これからの協会活動やあるべき姿を見出すことを目的とし、5年間限定で提案型事業に対して以下の要領で2025年度より支援します。奮ってご応募ください。

応募資格：北海道医療ソーシャルワーカー協会正会員であること

事業内容：広く北海道医療ソーシャルワーカー協会あるいは会員に資する医療ソーシャルワークに関する非営利事業。講演会、現地見学会などを想定していますが、これらに限定するわけではありません。正会員のアイデアに期待しています。

支援額：上限10万円。先着3名を予定。

基本的には、申請・実施が同一年度で終了する事業を想定していますが、それ以外の事業についても相談に応じますので、お問い合わせください

応募方法：応募者は、申請用紙（Word版）に必要事項を記入してください。様式は変更してかまいませんが、必要事項に漏れがないよう注意してください。A4 1-2枚にまとめてください。申請用紙を下記宛先までE-mailにて送付ください。折り返し、受領確認の連絡をいたします。

送付期限：2025年7月31日（木）

結果の通知：直近の理事会で随時確認し通知します。

7月中の申請については、2025年8月23日（土）までに通知します。

被支援者の義務：

- ① 事業の主催（あるいは共催）が本協会であることを明示し、その証拠となる資料を提出してください。
- ② 2026年2月15日までに会計報告（領収書の提出を含む）をお願いします。
- ③ 事業終了後、当会研究誌（スタディーズ）等において事業報告をしてください。

問い合わせ先：北海道医療ソーシャルワーカー協会事務局（対応日：月・火・金）

mswjimusy@hmsw.info

提案型事業費申請書

氏名	
所属・身分	
住所	
電話	
E-mail	
事業名	
参加費徴収の有無	(徴収する場合は、金額を記入)
支援希望額	円
北海道医療ソーシャルワーカー協会主催・共催の別	主催 共催 (共催機関を明記)
他機関による支援の有無 (有の場合は、機関またはプログラム名を記入ください)	有 (決定済み) (機関・プログラム名・金額を記入)
	有 (申請中) (機関・プログラム名・金額を記入)
	無
事業内容 (目的、実施時期、事業全体の予算計画を含む。別紙として添付可)	
使用予定費目の詳細 旅費、消耗品、謝金、その他 (印刷代など) に分けて記載ください (備品は認められません)	