

年 月 日

森町長 様

住所
申請者 法人等の名称
氏名
電話

森町診療所等開設及び事業承継資金支援事業補助金事前協議申出書

森町診療所等開設及び事業承継資金支援事業補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり協議を申し出ます。

1	診療所等の名称									
2	診療 科目									
3	事業計画の内容（事業費及び面積等は概算で可）									
	(1) 事業内容 診療方針等									
	(2) 開設場所	森町								
	(3) 対象経費 内 訳	土地取得費	万円（				m ² ）			
		建物取得（増改築）費	万円							
		医療機器等購入（更新）費	万円							
		合計	万円							
	自己資金	万円	借入金	万円						
(4) 建築面積	建築面積	m ²	延床面積	m ²						
(5) 事業期間	年	月	日着工	年	月	日完了				
(6) 開設予定日	年	月	日（拡充の場合は、使用開始予定日）							
4	職員採用計画（申請者を含む。）									
	(1) 医師	常勤	人	非常勤	人	(2) 薬剤師	常勤	人	非常勤	人
	(3) 看護師	常勤	人	非常勤	人	(4) 准看護師	常勤	人	非常勤	人
	(5) 助産師	常勤	人	非常勤	人	(6) 放射線技師	常勤	人	非常勤	人
	(7) 事務員	常勤	人	非常勤	人	(8) その他	常勤	人	非常勤	人
	合計						常勤	人	非常勤	人
5	備考									

- 添付書類
- (1) 医師免許証の写し及び履歴書
 - (2) 建物の配置図、平面図、立面図等の写し
 - (3) 土地の周辺地図
 - (4) 開設までのスケジュール
 - (5) 資金計画及び資金が確認できる書類の写し
 - (6) 医療機器等の購入計画書
 - (7) その他町長が必要と認める書類