

1 病院の名称・所在地等

名 称 _____
所 在 地 _____
電 話 番 号 _____
担当者・所属 _____
メールアドレス _____

2 整備計画

支援側医療機関： _____

- ①品 目： _____
- ②銘 柄： _____
- ③規 格： _____
- ④単 価： _____ 円
- ⑤金 額： _____ 円
- ⑥設置場所： _____

依頼側医療機関： _____

- ①品 目： _____
- ②銘 柄： _____
- ③規 格： _____
- ④単 価： _____ 円
- ⑤金 額： _____ 円
- ⑥設置場所： _____

3 総事業費 _____ 円

対象経費 _____ 円

<p>照会先 千葉県健康福祉部医療整備課 医師確保・地域医療推進室 担当 高橋 MAIL : d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp 電 話 : 0 4 3 - 2 2 3 - 3 9 0 2 F A X : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9</p>
