

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 整備予定期間

令和_____年_____月 ~ 令和_____年_____月

3 整備計画

整備計画面積_____m²

内 科_____m²、精神科_____m²、小児科_____m²
外 科_____m²、整形外科_____m²、皮膚科_____m²
泌尿器科_____m²、産婦人科_____m²、眼 科_____m²
耳鼻咽喉科_____m²、放射線科_____m²、
救急診療部門（診察室・処置室）_____m²
総合診療部門（外来診察室）_____m²
在宅医療部門（在宅医療指導管理室）_____m²
病歴管理室_____m²、その他_____m²

4 新築・増改築の別_____

5 構造

ア. 鉄筋コンクリート イ. ブロック造

6 総事業費_____円

対象経費_____円

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