別紙４

令和９年度　研修医のための研修施設整備事業

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＿＿＿＿＿㎡

研修部門

講義室＿＿＿＿㎡、討議室＿＿＿＿㎡

図書・視聴覚部門

図書室＿＿＿＿㎡、視聴覚室＿＿＿＿㎡、コピーサービス室＿＿＿＿㎡

管理部門

管理室＿＿＿＿㎡、ロッカールーム＿＿＿＿㎡、廊下＿＿＿＿㎡

便　所＿＿＿＿㎡、その他＿＿＿＿㎡

仮眠室＿＿＿＿㎡、倉庫＿＿＿＿㎡、その他＿＿＿＿㎡

4　新築・増改築の別＿＿＿＿＿＿

5　研修医数＿＿＿＿人

6　構造

ア．鉄筋コンクリート　　イ．ブロック造　　ウ．木造

7　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：０４３－２２３－３９０２

ＦＡＸ：０４３－２２１－７３７９