

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

①整備計画面積_____m²

居室_____m²、流し台（キッチン）_____m²
洗濯_____m²、ユニットバス_____m²
風呂_____m²、トイレ_____m²

②収容人員（_____棟_____室_____人）

4 研修医数_____人

5 構造

ア. 鉄筋コンクリート イ. ブロック ウ. 木造

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 : 043-223-3902
FAX : 043-221-7379