

1 病院等の名称・所在地等

名 称 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

担当者の所属・氏名・Mail アドレス

2 整備予定期間

令和 _____ 年 _____ 月 ～ 令和 _____ 年 _____ 月

3 事業の区分

ア．院内助産所 イ．助産師外来 (該当事業に○印)

新たに上記施設を開設するにあたり、設備の現状と購入予定備品の必要性についての説明

(_____)

4 事業計画

購入予定の医療機器等の備品 _____

院内助産所・助産師外来開設時期 令和 _____ 年 _____ 月

※助産師外来の場合、外来の開催回数や内容も記載して下さい

(_____)

5 総事業費 _____ 円

照会先
千葉県健康福祉部医療整備課
看護師確保推進室 担当：古宮
Mail : ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp
※問い合わせは原則メールで
お願いします。