別紙２

令和７年度　臨床研修病院支援システム設備整備事業

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

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　工藤
MAIL：d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp
電　話：０４３－２２３－３９０２
ＦＡＸ：０４３－２２１－７３７９