

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 工藤
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