

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

研修部門

講義室 _____ m²、討議室 _____ m²

図書・視聴覚部門

図書室 _____ m²、視聴覚室 _____ m²、コピーサービス室 _____ m²

管理部門

管理室 _____ m²、ロッカールーム _____ m²、廊下 _____ m²

便 所 _____ m²、その他 _____ m²

仮眠室 _____ m²、倉庫 _____ m²、その他 _____ m²

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 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