

令和7年度 看護師宿舎施設整備事業計画の概要

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 建物 _____ m²

延べ _____ m²

4 戸数 _____ 戸

5 新築・増築・改築・改修の別

6 構造

ア. 鉄筋コンクリート イ. ブロック ウ. 木造

7 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 稲田

メール：ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp

※原則メールでの問い合わせをお願いします。