**重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業計画書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療所名称 | | | |  |
| 開設者氏名（代表者） | | | |  |
| 標榜診療科 | | | |  |
| 事業区分（該当〇） | | | | 承継　・　開業  ※承継の場合、承継予定の診療所名と代表者名  （診療所名　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　） |
| 承継・開業予定年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 所在地（開業予定地） | | | | 岩手県 |
| 開設者が現に勤務または開設している病院又は診療所 | | | | 名称 |
| 申請予定事業（該当〇） | | | | ①施設整備事業　②設備整備事業　③地域への定着支援事業 |
| ①施設整備事業概要 | | | |  |
|  | 病床数 | | | 床 |
|  | 整備面積 | | | ㎡ |
|  | 総事業費 | | | 千円 |
|  | 構造 | | | 鉄筋コンクリート　・　ブロック　・　木造 |
|  | 事業期間 | | | 年　月　日　～　年　月　日 |
| ②設備整備事業概要 | | | |  |
|  | | 総事業費 | | 千円 |
|  | | 主な品名 | |  |
| ③地域への定着支援事業概要 | | | |  |
|  | | | 総事業費 | 千円 |
| 診療日数（R7年度） | 日 |
| 担当者名 | | | |  |
| 連絡先 | | | | 電話：  メール： |

※承継の場合は、保健所に提出した医療法施行細則に定める「診療所開設届」の写しを添付してください。