**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 |
| 開設前の直近の勤務地の名称 | 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。