

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所  
法人等の名称  
氏 名  
電話番号

滑川市診療所開設等支援補助金事前協議申出書

滑川市診療所開設等支援補助金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり協議を申し出ます。

診療所等の名称			
診療科目			
事業計画の内容（事業費及び面積等は概算で可）			
(1) 事業内容、 診療方針等			
(2) 開設場所	滑川市		
(3) 対象経費 内 訳	土地取得費	万円	
	建物取得(増修)費	万円	
	医療機器購入費	万円	
	合 計	万円	
資金計画	自己資金	万円	借入金 万円
	その他補助金等	万円	
(4) 建築面積	建築面積	m <sup>2</sup>	延床面積 m <sup>2</sup>
(5) 事業期間	年 月 日着工	年 月 日完了	
(6) 開設予定日	年 月 日（拡充の場合は使用開始予定日）		
職員採用計画（申請者を含む。）			
(1) 医 師	常勤 人	非常勤 人	(2) 薬剤師 常勤 人 非常勤 人
(3) 看護師	常勤 人	非常勤 人	(4) 准看護師 常勤 人 非常勤 人
(5) 助産師	常勤 人	非常勤 人	(6) 放射線技師 常勤 人 非常勤 人
(7) 事務員	常勤 人	非常勤 人	(8) その他 常勤 人 非常勤 人
	合 計		常勤 人 非常勤 人
備 考			

年 月 日

滑川市長 あて

申請者 住 所  
法人等の名称  
氏 名  
電話番号

## 滑川市診療所開設等支援補助金事前協議申出書

滑川市診療所開設等支援補助金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり協議を申し出ます。

診療所等の名称	
診療科目	
開設年月日	
更新が必要な医療機器	
これまでの使用年数	
資金計画	自己資金 万円 借入金 万円 その他補助金等 万円
更新予定時期	年 月
備考	