（様式２）

団　体　の　概　要

※記載欄の大きさは適宜調整すること

|  |  |
| --- | --- |
| 団 体 の 種 別 | 医療法人その他の法人　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 団　体　の　名　称 |  |
| 団 体 の 所 在 地 |  |
| 基　本　財　産 | 　　　　　　　　 |
| 職 　員　 数 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 設 立 の 趣 旨 |  |
| 事 　業 　概 　要 |  |

※ 「団体の種別」欄では、該当するものを○で囲むこと。その他の法人については、（　）内に内容を記入すること

※ 「職員数」欄は、申請時の人数を記入すること

※ 団体概要等がある場合は、添付すること

(1)　摂食障害に対する支援実績等がある場合、その内容について記入すること

|  |
| --- |
|  |

※　実績を明らかにする書類があれば、添付すること

1. 地方自治体からの類似の摂食障害支援に係る委託事業等の実績がある場合、その内容について記入すること（概ね５年以内のもの）

|  |
| --- |
|  |

1. 当該支援拠点病院を運営する上での貴団体のセールスポイントについて記入すること

|  |
| --- |
|  |