**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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 承継、開業の別  （該当する方に○） | | | | 承継　　　・　　　開業 |
| 診療所名称  ※未定の場合、仮称で可 | | | |  |
| 開設者氏名（代表者） | | | |  |
| 標榜診療科 | | | |  |
| 承継・開業予定年月日 | | | | 年　　　月　　　日 |
| 所在地（開業予定地） | | | |  |
| 申請予定事業  （該当する事業に○） | | | | 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 | | | |  |
|  | 診療所の病床数 | | | 床 |
|  | 整備面積 | | | ㎡ |
|  | 総事業費 | | | 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 | | 円 |
|  | | 購入する機器の名称 | |  |
| ③地域への定着支援事業概要 | | | |  |
|  | | | 総事業費 | 円 |
| 診療日数（R7年度） | 日 |
| 担当者名 | | | |  |
| 連絡先 | | | | 電話：  メール： |