

(別紙)

大崎町医療確保プロジェクト事前申込書兼同意書

令和 7 年 〇 月 〇 日

大崎町長 殿

申込者

記入例

住 所	鹿児島県鹿児島市●●●●●
氏 名 (法人等名)	医療法人●●●会 理事長 ●●●●●
連絡先	099-000-0000

大崎町医師確保プロジェクトのうち、

- ☐ 開業医支援事業補助金
☒ サテライト診療所設置運営等支援事業補助金

について、応募したいため、下記のとおり事前申込みいたします。

【開設にかかる希望内容】

診療科名	内科，外科	
開設予定日	令和 8 年 5 月 頃	
開設予定地	・大崎町神領〇〇〇〇番地付近 ・国道220号線沿い	
補助金希望内容及び金額	☒ 土地の購入・造成費	金額（概算） 1, 0 0 0 万 円
	☒ 建物の建設・改修費	金額（概算） 9, 0 0 0 万 円
	☒ 医療機器等の購入費	金額（概算） 3, 0 0 0 万 円
	☐ 上記，賃借料	金額（概算） 円
	☒ 開設運営費	金額（概算） 8, 0 0 0 万 円
	☐ 詳細未定	金額（概算） 円
その他 特記事項 など	例） ・総合診療の分野での経験を活かしたい ・在宅医療も可能 ・将来的には小児科も併設したい ・既存診療所からの承継を希望したい などなど	

(注) 添付書類として、次の書類を添付願います。

- ・医師資格や医療法人等の情報がわかる書類（写しで可）
- ・履歴書（様式は任意）

同 意 書

申込者を特定する情報（住所、氏名等、連絡先）を除く、上記希望内容については、町及び申込者間で情報共有することに同意いたします。

署名（代表者）