

(別紙)

大崎町医療確保プロジェクト事前申込書兼同意書

年 月 日

大崎町長 殿

申込者

住 所	
氏 名 (法人等名)	
連絡先	

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																			
開設予定日																			
開設予定地																			
補助金希望内容及び金額	<table><tr><td>☐ 土地の購入・造成費</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr><tr><td>☐ 建物の建設・改修費</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr><tr><td>☐ 医療機器等の購入費</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr><tr><td>☐ 上記，賃借料</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr><tr><td>☐ 開設運営費</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr><tr><td>☐ 詳細未定</td><td>金額（概算）</td><td>円</td></tr></table>	☐ 土地の購入・造成費	金額（概算）	円	☐ 建物の建設・改修費	金額（概算）	円	☐ 医療機器等の購入費	金額（概算）	円	☐ 上記，賃借料	金額（概算）	円	☐ 開設運営費	金額（概算）	円	☐ 詳細未定	金額（概算）	円
☐ 土地の購入・造成費	金額（概算）	円																	
☐ 建物の建設・改修費	金額（概算）	円																	
☐ 医療機器等の購入費	金額（概算）	円																	
☐ 上記，賃借料	金額（概算）	円																	
☐ 開設運営費	金額（概算）	円																	
☐ 詳細未定	金額（概算）	円																	
その他 特記事項 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）
