

様式第1号（第7条、第11条関係）

事業計画（報告）書

開設者 住所 _____
 （法人にあつては、主たる事務所の所在地）
 氏名 _____ ⑧
 （法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）
 電話 _____ - _____ - _____（担当： _____）

1 小児科等医療機関の概要

ふりがな 名 称																	
所在地	〒	-	-	-	-	-	-	-	FAX	-	-	-					
病床数	一	般	床	療	養	床	そ	の	他	床							
診療日・診療時間	日	月	火	水	木	金	土	（午後休診：日	月	火	水	木	金	土）			
	時	分	時	分	～	時	分	、	時	分	～	時	分	時			
	祝日																
診療科目																	
管 理 者	氏名																
	住所																
	免許	医・歯医籍	第	号	年	月	日	登	録								
	臨床研修等修了について※ （該当する□内に「✓」を記入する）	<input type="checkbox"/> 臨床研修等修了登録証取得年月日 年 月 日				<input type="checkbox"/> 経過措置該当											
診療に従事する 医師・歯科医師	氏	名	担	当	診	療	科	目	診	療	日	臨	床	経	験	年	数
開設の目的等	開設の目的																
	維持の方法																
開設年月日	年	月	日														
洲本市医師会 加入状況																	

※ 管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置の適用を受けるため、臨床研修修了登録証の写しの添付は要しない。

2 備品購入費の概要（単位：円）

設置場所 （階数、 室名等）	機械、器具その他 の備品の名称	用途	売買又は 賃貸借の 別(※1)	価額 (※2)
			合計 【A】	

※1 賃貸借の場合は、賃貸借の期間を記載すること。

※2 当該備品の運搬又は賃貸借に要する経費（当該備品の運搬又は設置（設置に必要な工事を含む。）に要する経費を含む。）を記載すること。

3 看護職員人件費の概要（単位：円）

氏名	担当診療科	資格区分 (※)	常勤又は 非常勤の 別	基本賃金 (ア)	所定時間 外割増賃 金(イ)	賞与(ウ)	アからウ までの合 計
						合計 【B】	

※ 助産師、看護師又は准看護師の別を記載すること。

4 積算の基礎（単位：円）

(1) 補助金の額

E又は500万円のいずれか低い額	円
------------------	---

(2) 補助対象経費の内訳

区分	金額	備考
備品購入費【C】		(A×2分の1)
看護職員人件費【D】		(Bと同額)
合計【E】		