様式第３号（第７条関係）

年　　月　　日

飯田市長　様

住　　所
申請者　法人等の名称
氏名（代表者）
電　　話

飯田市診療所承継・開業支援補助金事業計画書

飯田市診療所承継・開業支援補助金交付要綱の規定により、関係書類を添えて次のとおり提出します。

診療所の名称		
診療科目		
事業計画の内容（事業費及び面積等は概算で可）		
	(1) 事業内容 診療方針等	
	(2)開設場所	飯田市
	(3)対象経費	施設整備費　　万円
	内訳	医療機器等整備費　　万円
		備品整備費　　万円
		開業初期運営費　　万円
		合計　　万円
	資金管理	自己資金　　万円　借入金　　万円
		その他補助金等　　万円
	(4)建築面積	建築面積　　㎡　延床面積　　㎡
	(5)事業期間	年　月　日着工　年　月　日完了
	(6)開設予定日	年　月　日（拡充の場合は使用開始年月日）

職員採用計画（申請者を含む。）			
(1)医　師　常勤　人　非常勤　人		(2)薬剤師　常勤　人　非常勤　人	
(3)看護師　常勤　人　非常勤　人		(4)准看護師　常勤　人　非常勤　人	
(5)助産師　常勤　人　非常勤　人		(6)放射線技師　常勤　人　非常勤　人	
(7)事務員　常勤　人　非常勤　人		(8)その他　常勤　人　非常勤　人	
合計　常勤　人　非常勤　人			

備考	