様式第４号（第６条関係）

新規開設支援事業計画書

１．医療提供施設の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 補助対象診療科目 | 補助の対象となる主たる診療科目(該当に○)  産　科　・　小児科  既存医療提供施設で標榜する診療科目  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 開設予定年月日 | 平成　　年　　月　　日 |

２．補助対象診療科の医師の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | 生年月日 | S.H　 　． 　． |
| 住　　所 | |  | | |
| 専門医の資格の有無 | |  | | |
| 外来診療  対応時間 | 月曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  火曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  水曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  木曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  金曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  土曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  日曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | 生年月日 | S.H　 　． 　． |
| 住　　所 | |  | | |
| 専門医の資格の有無 | |  | | |
| 外来診療  対応時間 | 月曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  火曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  水曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  木曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  金曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  土曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分  日曜日　　　午前　　時　　分～　　時　　分　　　午後　　時　　分～　　時　　分 | | | |