別記

様式第１号（第６条関係）

事業計画確認依頼書

年　　月　　日

　日南市長　殿

住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (代表者の氏名)

　宮崎県日南市診療所開設・承継支援事業補助金を利用したいので、関係書類を添えて事業計画の確認を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業区分  （該当する区分に☑） | | □ 新規開設（要綱第２条第１号該当）  □ 事業承継（要綱第２条第２号又は第３号該当） |
| １ | 診療所名  （未定の場合は仮称を記入） |  |
| ２ | 診療所の所在(予定)地 |  |
| ３ | 主たる診療科名 |  |
| ４ | 医療法上の開設(予定)者の氏名  （事業承継の場合は変更後の開設予定者を記入） |  |
| ５ | 開設(予定)者の生年月日及び  医籍登録番号  （法人の場合は新たに代表者となる者を記入） |  |
| ６ | 現在の開設者の氏名  （事業承継の場合のみ記入） |  |
| ７ | 現在の医療機関等コード  （事業承継の場合のみ記入） |  |
| ８ | 開設(予定)者と現在の開設者との関係又は続柄  （事業承継の場合のみ記入） |  |
| ９ | 開設(事業承継)予定年月 |  |

〈添付書類〉

１　事業計画書（任意様式）

２　収支予算書（任意様式）

　３　見積書若しくは予約契約書又はこれらに準ずる書面の写し

４　工事設計書の写し（建設工事を行おうとする場合に限る。）