

千葉県オンライン診療新規導入医療機関補助金
事業実施計画書

1. 施設の名称
2. 施設の所在地
3. 連絡先（電話番号及びE-mailアドレス）
4. 設備整備の内容

品名	銘柄	規格	数量	単価	金額	設置場所	備考
				円	円		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
計	—	—	—	—	0	—	—