

第 1 号様式別紙 1

千葉県発達障害児等のためのオンライン診療推進モデル事業補助金
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
- 〇〇クリニック
- 千葉県〇〇市〇丁目〇番地
- 電話番号：045 - 〇〇〇－〇〇〇〇 メール：〇〇〇〇〇@〇〇〇.ne.jp

品 名	銘 柄	規 格	数 量	単 価	金 額	設 置 場 所	備 考
1. 補助対象事業分				円	円		
ノートパソコン	□□□社	型番を記載	1	180,000	180,000	〇〇クリニック △△室	
ルーター	□□□社		1	30,000	30,000		
ヘッドセット	□□□社		1	4,000	4,000		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
計	—	—	—	—	214,000	—	—