

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 佐久間 行
(FAX : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9) 【本紙のみ 1 枚】

令和8年度 医療施設等設備整備補助金に係る事業実施予定について

医療機関名	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

令和8年度に下記事業に係る設備整備を予定している場合は該当区分に○を記入してください。
ただし、現時点で具体的な計画のあるものに限りです。
なお、補助事業を行うために締結する契約は、金額により一般競争入札等によります。
500万円以上・・・一般競争入札
500万円未満・・・指名競争入札(10者以上。)
100万円以下・・・随意契約
※ 500万円未満の一般競争入札、100万円以下の指名競争入札の実施は可能です。

区 分	令和8年度実施(○)	備 考
遠隔医療設備整備		
実践的手術手技向上研修実施機関設備		

※事業を実施する場合は、整備事業の必要性・目的・品名・単価・数量・納入時期(入札・契約から納入までの期間)を具体的に記入してください。(価格は税抜価格及び税込価格を両方記載してください)
