

令和 7 年度 院内助産所・助産師外来設備整備事業計画の概要

1 病院等の名称・所在地等

名 称 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

担当者の所属・氏名・Mail アドレス

\_\_\_\_\_

2 整備予定期間

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ～ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

3 事業の区分

ア．院内助産所          イ．助産師外来          （該当事業に○印）

新たに上記施設を開設するにあたり、設備の現状と購入予定備品の必要性についての説明

（  
  
  
  
）

4 事業計画

購入予定の医療機器等の備品 \_\_\_\_\_

院内助産所・助産師外来開設時期          令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

※助産師外来の場合、外来の開催回数や内容も記載して下さい

（  
  
  
  
）

5 総事業費 \_\_\_\_\_ 円

**照会先**

千葉県健康福祉部医療整備課

看護師確保推進室 担当 土橋

Mail : [ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:ryosei3@mz.pref.chiba.lg.jp)

※原則メールでの問い合わせをお願いします。