

回答先	静岡県健康福祉部地域医療課 鈴木 行
F A X	054-251-7188
e-mail	chiikiiryou@pref.shizuoka.lg.jp
期限	令和6年9月27日(金) ※期限内の提出が難しい場合は、別途ご連絡ください。

別 紙

令和7年度産科医療施設等整備事業における要望調査票

貴施設において、令和7年度に補助制度による施設整備、設備整備を希望する場合は、以下の注意事項をよく読み、御回答ください（着色されている欄に必要事項を入力してください）。

【注意事項】

○記載する金額について

この調査のために、見積もりの徴収等を行う必要はありません。大よその見込額を記載していただくことも可能です。ただし、見込額が過少にならないよう、御注意ください。なお、金額が不明の場合は「精査中」と記載してください。

1 整備を予定している施設及び担当者について

施設名		開設者名	
施設所在地	〒		
担当者所属・氏名			
電話番号		FAX番号	
e-mail			

2 施設整備について ※施設整備：分娩室、病室、入所室等及び宿泊施設の新築、増築、改築及び改修

(1) 施設整備の予定の有無							
(2) (1で有の場合) 事業の種別							
(3) (1で有の場合) 整備面積 ※整備前と整備後で面積が変わらない場合は、同じ数字を記入してください。	区分	診 療 部 門				宿泊施設※	合計
		分娩室	病室	入所室	その他		
	整備前	m ²					
整備後	m ²						
(4) (1で有の場合) 整備の内容 (例) 分娩室電気設備改修、病室建具改修 等							
(5) (1で有の場合) 見込事業額							円(税込)

※宿泊施設とは、妊産婦の家族等、患者以外が宿泊する施設をいいます。

3 設備整備について ※設備整備：分娩取扱施設として必要な機器（分娩台、超音波診断装置、分娩監視装置等）の購入

(1) 設備整備の予定の有無				
(2) (1で有の場合) 整備の内容 ※1：整備（購入）予定の機器の名称を記載してください。 (例) 分娩監視装置、超音波診断装置 等 ※2：5種以上の機器を同時に整備（購入）する計画がある場合は、行を追加して記載してください。	機器①名称		数量	
	機器②名称		数量	
	機器③名称		数量	
	機器④名称		数量	
	機器⑤名称		数量	
(3) (1で有の場合) 見込事業額 ※1：1種類の機器を複数台購入する場合は、複数台分の合計額を入力してください。 ※2：5種以上の機器を同時に整備（購入）する計画がある場合は、行を追加して記載してください。	機器①		金額	円 (税込)
	機器②		金額	円 (税込)
	機器③		金額	円 (税込)
	機器④		金額	円 (税込)
	機器⑤		金額	円 (税込)
			計	0 円 (税込)

※質問は以上です。ありがとうございました。