（ 文　書　番　号 ）

令和 年 月 日

兵庫県健康福祉部健康局医務課長　様

医療機関の代表者　印

　病床機能転換推進事業補助金にかかる事前協議書について（依頼）

　兵庫県が実施する「病床機能転換推進事業補助金」を令和元年度に活用するため、別添により、

事業計画書を提出します。

記

１　整備する医療機関名

２　事業着手予定日　　　　　令和 年 月 日

３　事業終了予定日　　　　　令和 年 月 日

（連絡先）

　所在地

医療機関・所属名

　 　 担当者氏名

TEL：

FAX：

E-Mail：