

<例>

(文書番号)
令和3年月日

提出先は、該当する医療機関が所在する区域を所管する健康福祉事務所（保健所）

兵庫県健康福祉部健康局医務課長 様

医療機関の代表者

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3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 | 〇〇〇病院 |
| 2 事業着手予定日 | 令和3年10月1日 |
| 3 事業終了予定日 | 令和4年2月28日 |

(連絡先)	
所在地	
医療機関・所属名	担当者氏名
TEL :	
FAX :	
E-Mail :	