感染症指定医療機関施設整備補助事業の検査にかかる確認書

兵庫県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　電子メール

事業名：感染症指定医療機関施設整備補助事業

　　　　　　　　（病室の感染対策に係る整備・個人防護具保管施設の整備）

工事名：

補助事業者名：

請負者名：

補助対象工事額：

当医療機関における感染症指定医療機関施設整備補助事業（病室の感染対策に係る整備・個人防護具保管施設の整備）の整備内容について、兵庫県に提出した工事内訳書のとおりであり相違なく行われていることを検査のうえ確認しましたので報告します。

令和　　年　　月　　日

検査確認者氏名