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　○○市○○町○○－○○

様式第1号（補助金交付申請書）および様式第8号（補助金実績報告書）と同じ内容としてください。

　　　　　　　　　病院名　○○○○

　　　　　　　　　代表者名　〇〇○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　（○○○）○○○－○○○〇番

　　　　　　　　　　　　　電子メール　○○〇〇〇〇○○

実施した整備内容に〇を付けてください。

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：○○病院改修工事

病院名を記載してください。

補助事業者名：〇〇○○

請負者名：〇〇○○建設

補助対象工事額：〇〇○○円

実施した整備内容に〇を付けてください。

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。

実際に確認を行った日付と確認者氏名を記載してください。

令和　〇年　〇月　〇日

検査確認者氏名　　　〇〇　○○