様式第３号（第６条関係）

米原市開業医誘致等地域医療振興事業事前承認確認書

年　　月　　日

　　米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　号の事前承認決定通知書に付された要件および条件につきまして、下記のとおり処理し協議を了したいので確認願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　診療所等の仮称 |  |
| ２　要件および条件 |  |
| ３　要件および条件に対する処理内容 |  |
| 備　　考 |  |

　要件および条件に対する協議を了したことを確認します。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所管課長等の確認）