

水戸市医療機関開設補助制度利用申込書

項 目		記入欄	
申込者について記載してください	1 提供する医療	<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科（分娩を行うものに限る。） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	2 資格	小児科専門医	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
		産婦人科専門医	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
		母体保護法指定医師	<input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定
	3 水戸市内の医療機関の開設者の経験	<input type="checkbox"/> 水戸市内の医療機関の開設者又はその法人の代表者ではなく、過去にもそうではない。	
	4 市町村民税	<input type="checkbox"/> 滞納はない	
	5 暴力団関係者との関係	<input type="checkbox"/> ない	
6 水戸市医師会への加入	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 今後加入する予定である		
7 地域医療への協力	<input type="checkbox"/> する		
未定の事項は予定を記入してください	8 開設予定年月	年 月	
	9 開設する場所	水戸市	
	10 医療機関の開設の方法（複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 自己又は親族の所有でない土地を取得して、建物を建設する。 <input type="checkbox"/> 自己又は親族の所有する土地に建物を建設する。 <input type="checkbox"/> 自己又は親族の所有でない建物を賃借する。 <input type="checkbox"/> 自己又は親族の所有する建物を使用する。	
	11 標榜する診療科（すべて記入してください。）	<input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 産婦人科（分娩を行うものに限る。） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	12 常勤医師数	人	
	13 入院設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 床）	
		年 月 日	
水戸市長 様			
住所（所在地）			
氏名（法人名称及び代表者氏名）			
電話番号	電子メールアドレス		