様式第７号

警戒区域等医療施設再開支援事業　市町村意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象事業 | 補助対象事業者名 |  |
| 施設名 |  |
| 開設予定地住所 |  |
| 1.市町村の現状を踏まえた当該事業の必要性 | | |
| 2.開設予定地の適否 | | |
| 3.その他参考となる事項 | | |
| 年　　月　　日  　　上記のとおり、当該事業は、地域に必要な医療等を確保するための取組として、  適当であると認めます。  ○○市町村長（氏名）  　責任者（部署・職・氏名及び連絡先）  担当者（部署・職・氏名及び連絡先）  ※必要に応じて直接電話し、確認することがあります。 | | |