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。 |