番　　　　　号

年　　月　　日

　奈良県福祉医療部医療政策局

地域医療連携課長　殿

申請者

住所

名称

　代表者氏名

令和６年度医療機能再編支援事業申請書

 　令和６年度医療機能再編支援事業について、下記の業務に応募しますので、別添のとおり関係資料を添えて申請します。

記

【Ａ　機能再編を行う病院への支援業務】

1. 個別経営コンサルティング （　　　）
2. 機能再編プラン作成支援 （　　　）
3. 機能再編実行計画作成支援 （　　　）

【Ｂ　病院間連携を行う病院への支援業務】

1. 連携方法の検討支援 （　　　）
2. 連携協議の支援 （　　　）
3. 連携体制の構築支援 （　　　）

【Ｃ　事前の課題整理等支援業務】 （　　　）

※申請する業務に（〇）を記入ください