様式２

○○年○○月○○日

茨城県知事　殿

住　　所

開設者名

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度に関する確認証交付申請書

医療提供体制の確保に資する設備の特別償却（医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却）を受けたいので、確認証の交付を申請します。

１　申請区分（該当項目に☑）

　　医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却の確認

　　　□　ア　一定基準以上の利用頻度がある機器の更新

　　　□　イ　共同利用を前提とした新規（追加）購入

　　　□　ウ　上記ア、イ以外

２　確認事項

（１）確認願の提出日

○○年○○月○○日付け

（２）県からの確認通知

　　　○○年○○月○○日付け医第○○－○○号

３　制度の対象となる設備等の概要（該当項目に☑）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療用機器の内容 | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 取得年月日 |  |
|  |  |

４　連絡先

　・所属名（病院名等）

　・担当者氏名

　・担当者連絡先　　　Tel　　　　　　　　 　　 Fax