

＜医療貸付事業個別融資相談会参加申込書＞

法人名（お名前）			
連絡先及び 事務担当者	住所：〒		
	連絡先	TEL () -	
	担当者 (職名)	FAX () -	
ご相談施設名 (施設種類を○で 囲んでください)	病院・老健・その他()	着工時期	平成 年 月頃
ご計画の概要			
ご希望ブロック	(○で囲んでください) ・東北(盛岡) ・東北(仙台) ・関東(東京) ・関東(千葉) ・中部(名古屋) ・近畿(大阪) ・中国四国(岡山) ・九州(福岡)		
ご相談希望日・時間帯(1時間が目安です)	月 日()(:00～ :00)		

◎ご相談のご希望時間帯は、必ずしもご希望に沿えない場合がございます。時間帯を調整し、機構より改めてご案内させていただきますのでご了承ください。

＜当日揃えて頂く書類＞

《初めてのご相談の方》

- ①融資相談票(1枚)……………お申し込み受付後、機構よりお送りします。
- ②法人の沿革
- ③今次計画の趣意書(計画の意図・必要性等について整理)
- ④施設整備計画図面(配置図、平面図、施設別求積表)
- ⑤直近2か年分の決算書・確定申告書(附属明細含む)一式(税務署に提出したものの写し)、施設別決算書
- ⑥既存病院を有する場合は、医療監視の際に都道府県(保健所)に提出した「第1表・施設表」
- ⑦創設法人の場合は、当該法人の概要が分かるもの(都道府県へ提出した書類の写し)

《すでにご相談を受けている方》

- 引き続きご相談いただける資料