|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙２ | | | | |
| 自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 | | | | |
|  | 品目 | 数量 | 品目 | 数量 |
| 設　　　　備  （主要なもの） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 体制 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（備考）

１　担当しようとする医療の種類に必要とされているものについて記載してください。特に必要とされているものについては、必ず記載してください。

２　設備の設置場所がわかるように見取図又は平面図を添付してください。