

令和6年度医療機関オンライン化支援事業の意向調査について

医療機関名										
医療機関コード	2	7								
医療機関所在地										
担当者職氏名										
電話番号										
メールアドレス										

1. 内容を確認後、をいれてください。

<input type="checkbox"/>	診断書のオンライン化に伴い、小児慢性特定疾病または指定難病データベースを利用する予定である
--------------------------	---

2. 勤務している小児慢性特定疾病指定医または難病指定医の指定医番号と氏名を記入してください。

※複数名勤務している場合はどなたか1名について、記入してください。

※小児慢性特定疾病指定医と難病指定医が両方勤務している場合は、難病指定医のみ記入してください。

指定医番号(小慢)		氏名	
指定医番号(難病)		氏名	

3. 補助申請を予定している経費について、該当する項目にをいれてください。

<input type="checkbox"/>	パソコン購入等	<input type="checkbox"/>	ネットワーク環境整備
<input type="checkbox"/>	院内システム改修		

4. 3に記載のパソコン購入等の予定時期について記入してください。

令和	年	月頃
----	---	----

5. 必要経費の予定総額を記入してください。

	円 (税込)
--	--------

6. 3の内容を具体的に記入してください。

(パソコン購入等の内容、システムの改修内容、ネットワーク環境整備等)※現時点でわかる範囲で記入してください。

--

※補助金申請を希望しない場合、本意向調査票の提出は不要です。
※補助金申請には別途申請手続きが必要ですので、ご注意ください。