

富 山 県 知 事 様

(開設者) 所在地

氏 名

地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度
(医療用機器の効率的な配置の促進) に関する確認願

1 設置する病院

病 院 名	
所 在 地	

2 整備する医療用機器

対 象 機 器 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 超電導磁石式全身用MR装置 <input type="checkbox"/> 永久磁石式全身用MR装置 <input type="checkbox"/> 全身用X線CT診断装置 (4列未満を除く。) <input type="checkbox"/> 人体回転型全身用X線CT診断装置 (4列未満を除く。)
メ ー カ ー	
製 品 名 ・ 規 格	
取得(予定)時期	年 月 日

※整備する機器の仕様等を示す書類 (パンフレット等) 添付すること。

3 廃止する医療用機器

(1) 対象機器

対 象 機 器 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 超電導磁石式全身用MR装置 <input type="checkbox"/> 永久磁石式全身用MR装置 <input type="checkbox"/> 全身用X線CT診断装置 (4列未満を除く。) <input type="checkbox"/> 人体回転型全身用X線CT診断装置 (4列未満を除く。)
-------------------	--

(2) 利用回数 (前年1月から12月までの各月について記載)

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
年												

※利用回数を示す書類を添付すること。

特別償却制度の条件を満たすことについて確認したことを証明します。

年 月 日

富山県知事 新田 八朗