

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（共同利用開始(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 共同利用の予定（外来医療計画に係る「医療機器の共同利用計画書」の写しでも差し支えない。）

共 同 利 用 の 方 針 （該当に☑）	<input type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所による機器使用 <input type="checkbox"/> 連携先の病院又は診療所からの患者受入, 画像情報及び画像診断情報の提供 <input type="checkbox"/> その他（ ）
共 同 利 用 の 相手方医療機関	(名称) (所在地)
	(名称) (所在地)
	(名称) (所在地)

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