

年 月 日

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 地域医療構想調整会議における協議結果

--

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

## 医療用機器の効率的な配置について

## 1 設置する病院及び対象機器

病 院 名	
所 在 地	
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。）

※買い換えの場合，2及び4について記載してください。

※新規購入の場合，3及び4について記載してください。

## 2 既存の医療用機器の利用回数（買い換えの場合）

	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												

※前年1月から12月までの各月について記載。

利用回数を示す書類がある場合は添付すること。

## 3 共同利用が困難な理由（新規購入の場合）

--

## 4 医療用機器の購入の理由（買い換え又は新規）

医療用機器の購入について，当該構想区域等における医療提供体制の確保に必要なものと考えられる理由について説明してください。

--