様式第２号

令和５年度長崎県医療機関オンライン化支援事業補助金事業計画書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

１　医療機関等の住所及び医療機関名、代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

2　機器整備の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品名 | 型名 | 金額（円） |
|  |  |  |

（記入上の注意）

１　「品名」欄は、「パソコン（またはノートパソコン）」と記入すること。

２　「金額」欄は、税込後の金額を記入すること。