第１号様式（第４条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）松　戸　市　長

所　 在　 地

名　　　　称

代表者職氏名

松戸市発熱外来及び検査実施医療機関等強化協力金交付申請書

松戸市発熱外来及び検査実施医療機関等強化協力金の交付を受けたいので、松戸市発熱外来及び検査実施医療機関等強化協力金交付要綱第４条の規定により、次のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　称 | | |  | |
| 所在地 | | |  | |
| 診療形式 | | 令和３年１２月２４日～令和４年３月３１日 | | | |
|  | □非対面診療  □対面診療  □診療（対面又は非対面）及び検体採取等 | | |
| □１日２時間以上週１日  □１日２時間以上週２日  □１日２時間以上週３日  □１日２時間以上週４日  □１日２時間以上週５日以上 | | |
| 年末年始（令和３年１２月３０日～令和４年１月３日） | | | |
|  | □非対面診療（１日２時間以上）  □対面診療（１日２時間以上） | | |
| 実施日数 | | 日 |
| 交付申請額（合計） | | | | | 円 |

担当者名：

電話番号：

FAX番号：

電子メール：