

大阪府知事 様

年度 大阪府新型インフルエンザ患者入院医療機関設備整備事業補助金・整備計画書

医療機関名	
医療機関所在地 (二次医療圏名を併記)	
開設者氏名(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)	
開設者住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)	
担当者名	
電話	
FAX	
E-Mail	

標題について、下表のとおりとします。

(単位：円)

対象設備	形式及び規格	入数	数量	税込単価	購入予定価格 (税込総額)	備考
人工呼吸器					0	(a)
個人防護具	人数分		延べ 人分 (人・日分)			
	マスク				0	
	ゴーグル				0	
	ガウン				0	
	グローブ				0	
	キャップ				0	
	フェイスシールド				0	
	合計				0	(b)
簡易陰圧装置					0	(c)
合計 (a) + (b) + (c) = 総事業費					0	

※単価欄・購入予定価格欄には税込額を記入すること。

※単価欄には購入する最小単位での価格を記入すること。ただし、見積書の記載が納入単位でなく個数あたりの単価となっている場合は、見積書の記載に準ずること。

※入数欄には購入する最小単位での入数を記入すること。(例：マスク100枚入を10箱購入する場合、入数欄に100、数量欄に10と記入)

※個人防護具の人数分は、延べ〇〇人分(〇人・〇日分)と記入すること。

※簡易陰圧装置の整備を行う場合は、施設全体の平面図(設備の設置予定箇所をマーク)及び設備を設置する室の平面図を添付すること。