年　　月　　日

既存の医療用機器の買い換えの場合（一定基準以上の利用頻度が必要）

　広島県知事　様

（開設者）所在地

　　　　　氏　名

地域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☑) | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　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　廃止する医療用機器

　（１）対象機器

|  |  |
| --- | --- |
| 対象機器  (該当に☑) | □　超電導磁石式全身用ＭＲ装置  □　永久磁石式全身用ＭＲ装置  □　全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。）  □　人体回転型全身用Ｘ線ＣＴ診断装置（４列未満を除く。） |

（２）利用回数（前年１月から12月までの各月について記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※利用回数を示す書類がある場合は添付すること。

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

広島県知事　　湯 﨑　英 彦