

千葉県オンライン診療新規導入医療機関補助金  
事業実施実績明細書

1. 施設の名称                   ○○クリニック  
 2. 施設の所在地               神奈川県○○市○丁目○番地  
 3. 連絡先（電話番号及びE-mailアドレス）   電話番号：045 - ○○○-○○○○   メール：○○○○○@○○○.ne.jp  
 4. 設備整備の内容

品名	銘柄	規格	数量	単価	金額	設置場所	備考
1. 補助対象事業分				円	円		
ノートパソコン	□□□社	型番を記載	1	180,000	180,000	○○クリニック △△室	
ルーター	□□□社		1	30,000	30,000		
ヘッドセット	□□□社		1	4,000	4,000		
					0		
					0		
					0		
					0		
					0		
計	—	—	—	—	214,000	—	—