

様式 1 1

メールアドレス ryosei2@mz.pref.chiba.lg.jp

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 藤田 行
(FAX : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9)

令和7年度 医療施設耐震化促進事業計画書

担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

医療機関名	総病床数	実施(予定)期間	診断対象施設(建物名)	総面積	支出予定額
	床	令和 年 月から 令和 年 月まで		m ²	円

事業内容(該当するものに○をすること)

- ・ 「建築物の耐震診断及び耐震改修の促進を図るための基本的な方針」(平成18年1月25日国土交通省告示第184号)に基づく耐震診断
- ・ 財団法人日本建築防災協会刊行の「既存壁式プレキャスト鉄筋コンクリート造建築物の耐震診断指針」に基づく耐震診断

(注)

1. 本事業における補助対象は、救命救急センター及び病院群輪番制病院、小児救急医療拠点病院、小児救急医療支援事業参加病院、共同利用型病院等の二次救急医療機関となる。
2. 見積書を添付すること。
3. 耐震診断の結果、耐震強度不足と診断された場合、診断結果報告書を受けてから6月以内に中長期的な改善計画書を提出する必要がある。