

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) **【本紙のみ1枚】**

令和7年度 小児救急医療支援事業計画書

市町村等名	
担当課	
担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

小児救急医療支援事業	
令和5年度	1. 総事業費
	円
	2. 診療予定日数
	休日A 日
	休日B 日
	休日C 日
	夜間 日
オンコール 日	
3. 事業内容	

注1:3. 事業内容は、前年度と事業内容に特に変更がない場合は、変更なしと記入してください。

注2:小児救急医療支援実施事業の実施について、病院群輪番制事業や同一医療圏内の他市町村との調整をあらかじめお願いします。