

医 第 9 1 5 号
令和 6 年 7 月 9 日

対象医療機関の管理者 様

千葉県健康福祉部医療整備課長
(公印省略)

令和 7 年度医師少数区域等医師派遣促進事業の活用に係る意向調査について
(照会)

本県の医療行政の推進につきましては、日頃から格別の御高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、令和 7 年度の予算編成の参考とするため、本事業を活用した医師の派遣を希望する場合、下記により御回答をお願いします。

なお、来年度における本事業の実施については、現時点で未定であり、また実施する場合も、確実な医師派遣をお約束するものではありませんので御了承ください。

記

- 1 回答方法 別紙「調査票（派遣先医療機関用）」を電子メールで提出してください。
※電子メールでの提出が困難な場合はFAXも可
- 2 回答期限 令和 6 年 7 月 22 日（月）
※本事業の活用希望がない場合、調査票の提出不要です。
- 3 回答先 d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp
- 4 留意事項（必ず御確認ください）
 - ・提出前に、別添概要及び要綱により要件を満たすことを御確認ください。
 - ・現時点で派遣元医療機関について希望がある場合、調査票の内容や補助要件について、派遣元医療機関にも確認した上で提出するようお願いします。
 - ・派遣元医療機関が未定の場合、引き続き派遣元医療機関を探していただくとともに、見つかった時点で御連絡をお願いします。
 - ・調査票のデータは千葉県ホームページからダウンロードしてください。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/iryuu/ishi/ishikakuho/ishisyousuu.html>

(担当)
千葉県健康福祉部医療整備課 医師確保・地域医療推進室 藤原
TEL : 043-223-3902 FAX : 043-221-7379
E-mail : d-chibank@mz.pref.chiba.lg.jp