

令和 年（ 年） 月 日

北海道知事 鈴木 直道 様

開設者名

代表者職氏名

地域医療構想の実現のための病床再編等の促進に向けた特別償却制度における
確認書類の提出について

このことについて、特別償却の手続きに当たり確認を受けたいため、関係書類を提出します。

記

対象となる医療機関名 _____

※要件に該当する根拠書類を添付すること。