

## <医療貸付事業個別融資相談参加申込書>

法人名(お名前)			
連絡先及び 事務担当者	住所：〒		
	連絡先	TEL ( ) -	
	担当者 (職名)	FAX ( ) -	
	メールアドレス		
ご相談施設名 (施設種類を○で 囲んでください)	病院・老健・介護医療院・診療所 ・その他( )	着工時期	令和 年 月 頃
ご計画の概要			
ご相談希望日・ 時間帯	月 日( )( :00~ :00) ※1時間が目安です		
相談会の開催を どこで知ったか (○で囲んでください)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機構ホームページ</li> <li>・月刊誌 WAM</li> <li>・WAM NET メールマガジン</li> <li>・都道府県市からの情報提供</li> <li>・医師会等関係団体からの情報提供</li> <li>・機構職員からの情報提供</li> <li>・医療関連の情報誌</li> <li>・業界新聞</li> <li>・その他( )</li> </ul>		

※なお、東日本大震災、平成 28 年熊本地震、平成 30 年 7 月豪雨ほか、災害に係る融資相談については、優先的に対応いたします。

※個別融資相談会の対象は、直接貸付のみです。代理貸付の場合は、受託金融機関 ([https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-kyutaku\\_list-tabid-605](https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-kyutaku_list-tabid-605)) へお問い合わせください。

◎ご相談のご希望時間帯は、必ずしもご希望に沿えないことがございます。時間帯を調整し、機構より改めてご案内いたしますのでご了承ください。

## <事前にご準備頂く書類>

### 《初めてのご相談の方》

- ①融資相談票(1枚)……………お申し込み受付後、機構よりお送りします。
- ②法人沿革
- ③今次計画の趣意書(計画の意図・必要性等について整理)
- ④建物配置図・平面図
- ⑤収支計画表及び償還計画表
- ⑥直近2ヵ年分の決算書、確定申告書(附属明細含む)一式、施設別決算書
- ⑦既存病院を有する場合は、医療監視の際に都道府県(保健所)に提出した「第1表・施設表」
- ⑧(創設法人の場合)役員一覧・母体法人がある場合は当該法人の概要が分かる資料

### 《すでにご相談を受けていただいている方》

- 引き続きご相談いただける資料