（提出先）岩手県保健福祉部医療政策室・須藤　俊文　宛

TEL:019-629-5406　FAX：019-626-0837

岩手県盛岡市内丸10-1

医療施設防火体制整備費補助金活用希望調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療　機　関　名 |  |
| 回　答　者 | 部　　　署 |  |
| 職名・氏名 |  |
| 電話番号（内線） | 　　　　‐　　　　‐　　　　（　　　　） |
| ＦＡＸ番号 | 　　　　‐　　　　‐ |
| E-mailアドレス | @ |

該当する番号を○で囲み、必要事項を下線部（　　　）に記入願います。

（１）当該補助金の活用希望

　　１　　希望する　⇒（２）へ　　　　　２　　希望しない　⇒調査終了

（２）施設状況

|  |  |
| --- | --- |
| 調査内容 | 回　　答 |
| 施設種別 | １　病院　　２　有床診療所 |
| 許可病床数 | 　　　　床 |
| 主な診療科 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 整備予定 | スプリンクラー設備等の種別 | １　通常型スプリンクラー２　水道連結型スプリンクラー３　パッケージ型自動消火設備４　消防法施行令第32条 |
| 対象面積 | 　　　　　　㎡ |
| 消火ポンプユニット設置の有無※スプリンクラー種別が「通常型」又は「水道連結型」の場合のみ該当 | １　有　　　２　無 |
| 自動火災報知設備設置の有無 | 　１　有　　　２　無 |

（３）その他（自由記載）

|  |
| --- |
|  |