

福岡県医発第 880 号 (総)

平成 20 年 7 月 10 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

医療貸付事業融資制度利用希望者に対する
個別融資相談会の開催について

福岡県保健医療介護部医療指導課長より標記の件につきまして、別紙のとおり通知がありましたので、貴会会員へご周知くださいますようお願い申し上げます。

なお、個別融資相談会へ参加申し込みの場合は、参加申込書にご記入の上、FAXでお願いいたします。

九州ブロック開催日時

日 時 9 月 10 日 (水) 13:00～17:00

9 月 11 日 (木) 9:00～12:00

会 場 福岡ガーデンパレス

福岡市中央区天神 4-8-15

TEL 092-713-1112

申込送付先

大阪支店 FAX 06-6252-0240

東京本部 FAX 03-3438-0659

20医指第1060号

平成20年7月8日

各関係団体の長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長

(医務係)



医療貸付事業融資制度利用希望者に対する個別融資相談会の開催について

このことについて、独立行政法人福祉医療機構から別添のとおり案内がありましたので、送付します。



独立行政法人福祉医療機構 医療貸付事業個別融資相談会開催のご案内

独立行政法人福祉医療機構は、特殊法人改革により、社会福祉・医療事業団(旧医療金融公庫)の事業を継承して平成15年10月1日に設立された独立行政法人です。

当機構では、医療関係施設の整備等を予定している方に対し、種々ご相談を受けているところですが、医療貸付事業融資を希望する方のために、下記の日程のとおり、全国7ブロックで個別融資相談会を開催いたします。

主として、平成20年度又は21年度を目途に施設整備を実施する予定のお客様で、計画する施設の規模・構造など事業計画や資金調達先の金融機関等の資金計画がかなり具体的になった段階や検討を始めた段階での相談に最適です。

この相談では、当機構が対応できる場合の大まかな融資金額の算出を中心に幅広いご融資の相談に応じます。

また、ご計画が構想段階のお客様についても、相談に応じます。

- ◎北海道ブロック(札幌市) 8月4日(月)13:00~17:00、5日(火)9:00~15:00
北海道厚生年金会館「鈴蘭の間」 札幌市中央区北1条西12丁目 TEL 011-231-9551
- ◎東北ブロック(仙台市) 9月11日(木)13:00~17:00、12日(金)9:00~15:00
メルパルク仙台「萩の間」 仙台市宮城野区榴岡5-6-51 TEL 022-792-8111
- ◎関東ブロック(東京都) 8月7日(木)10:00~17:00、8日(金)10:00~17:00
独立行政法人福祉医療機構本部 東京都港区虎ノ門4-3-13 TEL 03-3438-9940
- ◎中部ブロック(名古屋市) 9月4日(木)13:00~17:00、5日(金)9:00~15:00
メルパルク名古屋「錦の間」 名古屋市東区葵3-16-16 TEL 052-937-3535
- ◎近畿ブロック(大阪市) 8月13日(水)10:00~17:00、14日(木)10:00~17:00
独立行政法人福祉医療機構大阪支店 大阪市中央区南本町3-6-14 TEL 06-6252-0219
- ◎中四国ブロック(岡山市) 9月3日(水)13:00~17:00、4日(木)9:00~16:00
メルパルク岡山「末広の間」 岡山市桑田町1-13 TEL 086-223-8100
- ◎九州ブロック(福岡市) 9月10日(水)13:00~17:00、11日(木)9:00~12:00
福岡ガーデンパレス「雲仙の間」 福岡市中央区天神4-8-15 TEL 092-713-1112

各ブロックとも、会場・時間等の都合もあり定員に限りがありますので、登録制とさせていただきます。「個別融資相談会」への参加をご希望される場合は、別紙「医療貸付事業個別融資相談会参加申込書」をご記入の上、ファクシミリでご返送ください。(上記時間外での参加をご希望される場合は、ご相談ください。)

また、当機構の東京本部・大阪支店では、開催日以外にも随時、相談を受け付けています。何かご不明な点は、下記までお問い合わせください。

(北海道・東北・関東・中部ブロック) 東京本部: 東京都港区虎ノ門4-3-13 神谷町セントラルプレイス9階
(医療貸付部医療審査課) TEL 03-3438-9940

(近畿・中四国・九州ブロック) 大阪支店: 大阪府大阪市中央区南本町3-6-14 イトウビル3階
(大阪支店医療審査課) TEL 06-6252-0219

北海道・東北・関東・中部ブロックご希望の方

FAX 03-3438-0659

独立行政法人福祉医療機構本部 医療審査課宛

近畿・中四国・九州ブロックご希望の方

FAX 06-6252-0240

独立行政法人福祉医療機構大阪支店 医療審査課宛

<医療貸付事業個別融資相談会参加申込書>

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 () -	
ご相談施設名 (施設種類を○で 囲んでください)	病院・老健・診療所・その他()	着 工 時 期	平成 年 月頃
ご計画の概要			
ご希望ブロック	(○で囲んでください) 北海道・東北・関東・中部・近畿・中四国・九州		
ご相談希望日・時間帯（1時間が目安です）	月 日()(:00～ :00)		

※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させていただきますのでご了承ください。

<当日揃えて頂く書類>

《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) 施設整備計画書一式(配置図・平面図・施設別求積表・資金計画、都道府県に提出した
事前協議書を添付して代えることも可)
- (3) 直近2か年分の決算書・確定申告書(附属明細含む)一式、施設別決算書
- (4) 病院を整備する場合は、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」
- (5) 創設法人の場合は、法人設立申請書一式

《すでにご相談を受けている方》

- (1) 引き続きご相談いただける資料