大阪府小児・ＡＹＡ世代がん患者支援事業計画書

（医療機関名）

１．事業の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　目 | 内　　　　　　　　容 |
| 事業名 |  |
| 事業予定期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 |
| 事業の目的・効果 |  |
| 事業の内容 |  |
| 事業により整備（購入）する物品(※)、実施する会議、作成するパンフレット等  ※物品の詳細は裏面に記入 |  |
| その他参考となる事項 |  |

２．担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話・ＦＡＸ番号・メール |  |

**〇紙面が不足する場合は、枠を拡大または別葉とすること。**

事業により整備（購入）する物品（書籍等、多数購入の場合は、まとめて記載していただいて結構です。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品目 | ﾒｰｶｰ･規格等 | 数量 | 金額 | 使用場所 | 備考 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　計 | | | |  |  | |

**〇紙面が不足する場合は、枠を拡大または別葉とすること。**