

## ＜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・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			
ご希望ブロック (○で囲んでください)	・北海道（札幌） ・東北（仙台） ・関東（東京） ・中部（名古屋） ・近畿（大阪） ・中国四国（岡山） ・九州（福岡）		
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)	・機構ホームページ ・月刊誌 WAM ・WAM NET メールマガジン ・都道府県市からの情報提供 ・医師会等関係団体からの情報提供 ・機構職員からの情報提供 ・医療関連の情報誌 ・業界新聞 ・その他( )		

※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-jyutaku\\_list-tabid-605](https://www.wam.go.jp/hp/guide-iryokashitsuke-jyutaku_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。

## ＜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