

市街化調整区域における条件確認票

社会福祉法人名又は設立代表者名： _____

① 計 画 地 (_____)

② 最寄りの二次救急医療機関

医療機関名 (_____)

所在地 (_____)

医療機関までの走行距離 (_____)

※ 整備計画地から当該医療機関までの走行ルートがわかる地図を添付。

③ 周辺環境（農空間等）に配慮した計画内容

※ 資料があれば添付。