

2020年度決算 事業報告書 I

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

〒 2770042
 法人本部の所在地 千葉県柏市逆井1377番地1
 (TEL) 04-7172-3939
 (FAX)

法人名 童心会

印

代表者氏名 中山 勲

※システムで報告される場合、押印は必要ありません。

2020年度事業等の状況の下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

1-1. 基本情報

内容照会先	担当部署・役職	事務長	電話番号	04-7172-3939	FAX番号	04-7172-3901
	担当者名	フリガナ	ナカヤマ ジュンウ			
		漢字	中山 竣宇			

1-2. 担保等の変動状況

変 動 状 況			変動内容	該当の有無 0無、1有	備考
	法 人		(1) 代表者・名称(法人名、施設名等)・住所(法人本部、施設)の変更	0	
			(2) 組織の吸収・合併、または事業の譲渡等	0	
			(3) 施設等の休・廃止等	0	
	担保物件	建 物	(1) 融資対象建物の変更(増築・取壊・滅失、所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
			(2) その他の建物の変更(取壊・滅失・所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
		土 地	敷地状況の変更(地上権の設定・賃借権・譲渡、借地を購入等)	0	
		第 三 者	(1) 担保提供者の変更(相続・売買等)	0	
			(2) 担保提供物件の変更(譲渡・地上権の設定・賃貸借等)	0	
	保証人		保証人である理事の変動(交代・死亡等)	0	

欄外の[注]をご参照ください。

欄外の[注]を
ご参照ください。

1-3. 今後の施設整備について

(1) 今後5か年程度のうちに施設整備の予定はありますか	0:無 1:有	0	
(1)で「有」と回答された方にお伺いします。			
(2)-1 予定されているのはどの施設ですか。最も大きいものをお選びください。			
(2)-2 整備内容について、該当するものをお選びください。			
(2)-3 建築工事の着手は、いつ頃を予定されていますか。該当する年度をお選びください。			
(2)-4 総事業費はどれぐらいを考えていますか。	およそ		※未定の場合は0を入力ください 百万円

1-4. 地域医療構想への取り組み状況(病床を有する法人の方にお伺いします)

地域医療構想を踏まえた病床機能の転換等を図る予定(若しくは図った)はありますか	0	0:無 1:有
自由記述欄		
※決算状況における特殊要因がございましたらご記入下さい。(特に経常利益がマイナスの場合、その要因をご記入ください。)(記載例) 不測の事態、特別な事由により、著しく収益の増減が生じた / 新規事業に着手している / 不採算部門の閉鎖・縮小を行った 等 ※当該決算年度において、福祉医療機構以外の金融機関からの借入金について返済方法の変更を行った場合には、金融機関名と変更内容をご記入ください。また、今後実施する可能性がある場合には、福祉医療機構までご連絡ください。		

- [注] 1. 報告対象となる会計期間末時点の状況をご記入ください。
 2. 上記変動内容について、該当する場合は「1.有」を選択してください。
 3. 注2. の変動内容は、別途手続きが必要となります。手続きに関しては担当部署より確認の連絡を入れさせていただきますので、あらかじめご了承ください。