

年 月 日

(あて先) 八戸市保健所長

開設者
住所又は所在地

氏名又は名称
代表者氏名
電 話 ()

巡 回 診 療 (巡 回 健 診) 実 施 計 画 書

下記のとおり巡回診療(巡回健診)を実施するので届け出ます。

記

1 巡回診療(巡回健診)を行う病院又は診療所の名称及び所在地

名 称	
所 在 地	電話 ()

2 巡回診療(巡回健診)を行う日時及び場所

日 時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
場 所	電話 ()
対 象 者	
備 考	

3 医師又は歯科医師の氏名

	氏名	診療担当科
実施責任者		
診療を担当する医師 又は歯科医師		

4 診療を行おうとする科目（健康診断の項目等）

--

5 巡回診療実施の目的及び維持の方法並びに診療報酬（費用）の徴収方法

実施の目的	
維持の方法	
診療報酬（費用） の徴収方法	

6 移動診療施設の構造設備の概要

備 考

- 1 第6項は移動診療施設を利用する場合、別紙でも構わない。
- 2 開設者が公益法人、医療法人等である場合は、定款又は寄付行為を添付すること。