参考様式

　　　年　　月　　日

（あて先）山形市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 郵便番号 |  |
| 開設者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | （法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名） | |
|  | 電話番号 |  |

巡回健診等実施計画書

　　下記のとおり巡回健診等を実施するので、届け出ます。

記

１　巡回健診等を実施する病院又は診療所の名称及び所在地

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話 |

２　巡回健診等を実施する日時及び場所

|  |  |
| --- | --- |
| 実施する日時 | 年　　月　　日　　時　　分  ～　　　　　　年　　月　　日　　時　　分 |
| 実施場所の名称及び所在地 | 電話 |

３　医師又は歯科医師の氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 健診項目（診療担当科目） |
| 実施責任者 |  |  |
| 健診等に従事する医師又は歯科医師 |  |  |
|  |  |  |

４　健康診断等の項目又は診療科目

|  |
| --- |
|  |

５　実施目的、方法及び健康診断等の費用の徴収方法

|  |  |
| --- | --- |
| 実施目的 |  |
| 実施方法 |  |
| 診療報酬（費用）の徴収方法 |  |

６　移動健診等施設の構造設備の概要

備考

１　６は、移動健診等施設を利用する場合のみ記載することとし、別紙でも構わない。

２　医療法人が巡回健診等を行う場合、定款又は寄附行為の変更（新規事業の追加）は不要である。