

# 巡回診療実施計画届

( 宛 先 )  
広島市保健所長

〒 \_\_\_\_\_  
開設者住所 \_\_\_\_\_  
(電話)

氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

このことについて、昭和 37 年 6 月 20 日付け医発第 554 号通知に基づき、次のとおり届け出ます。

実施者が 開設する 既存の病 院・診療所	名 称	
	所 在 地	〒 _____ (電話) _____ (FAX) _____ (E-mail) _____
実 施 目 的	<input type="checkbox"/> 無医地区における医療の確保 <input type="checkbox"/> 地域住民に対して特に必要とされる健康診断等 <input type="checkbox"/> 巡回診療によらなければ住民の医療の確保が困難な医療の確保 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
維持の方法及び 診療報酬の徴収方法		
構 造 設 備	<input type="checkbox"/> 巡回診療車 <input type="checkbox"/> 巡回診療船 <input type="checkbox"/> 移動診療施設以外の施設	
内 容	<input type="checkbox"/> 健康診断 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 予防接種法に揚げられた疾病以外の予防接種 (予防接種の種類: _____ ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
担当者所属・氏名等	_____ (電話) _____	

※ 軽微な誤記や明らかな誤字脱字、記載漏れ等は市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)

- 1 巡回診療実施計画
- 2 定款又は寄附行為
- 3 移動診療施設を利用する場合は、その構造設備の概要(施設図面等)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	特記事項	
	(受付)	(伺い)
	係	係