

# 巡回健診実施計画届

(宛先)  
広島市保健所長

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

氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあっ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、平成7年11月29日付け健政発927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				
費用の徴収方法				
構 造 設 備		<input type="checkbox"/> 巡回健診車 <input type="checkbox"/> 巡回健診船 <input type="checkbox"/> 移動健診等施設以外の施設		
内 容		<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく健康診断 <input type="checkbox"/> 労働安全衛生法に基づく健康診断 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査 <input type="checkbox"/> 保険者からの委託に基づく健康診断 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 予防接種法に掲げられた疾病の予防接種 (予防接種の種類: ) <input type="checkbox"/> 地方公共団体が直接又は委託して実施する検査のための採血		
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)

- 巡回健診実施計画
- 移動健診等施設を利用する場合は、その構造設備の概要(施設の図面等)

◎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	専門員	係	係長