結核健康診断事業計画書

様式１－３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　区分等学校・施設名 | 入所（予定）者数（注１：施設についてのみ記入） | 対象予定人数（新入生及び入所者のうち65歳以上の者） | 受診予定者数（新入生及び入所者のうち65歳以上の者） | 間接・直接撮影 | 備考 |
| 間接撮影受診予定者数 | 直接撮影受診予定者数 | 実施予定期日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |

　注１　学校については、新入生数のわかる資料（学校基本調査の写し等）を添付してください。

また、施設で年度途中入所者にも結核健康診断を実施する場合は、備考欄にその旨記載し、年度全体分を計上するようにしてください。