

様式2

## 巡回診療（健診）実施計画届

令和 年 月 日

（あて先）  
一宮市保健所長

開設者 住所  
氏名

月 日から 月 日までの巡回 診療  
健診 計画は下記のとおりです。

### 記

#### 1 病院又は診療所の名称及び所在地

名 称	
所 在 地	

#### 2 実施計画

実 施 年月日	実施場所		診療内容 〔 健 診 項 目 〕	受診 人員	実施責任者 氏名(医師又 は歯科医師)	担 当 診療科目	診療放射線 技師氏名	その他の 診療従事者 職氏名	備考
	名称	所在地							

- 注 (1) 実施計画届提出後に追加及び変更が生じた場合も同様に計画届を提出すること。  
(2) 本要領5(1)ただし書きに該当する場合は、備考欄にその旨を記載し、5(1)②～④の整備状況が確認できる書類（様式任意）を添付すること。