

巡回（ 診療 ・ 健診【予防接種を含む】 ）実施計画書

年 月 日

(あて先) 仙台市保健所長 様

開設者住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

開設者氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先 (担当者) _____

電話 _____

次のとおり巡回（ 診療 ・ 健診 ）の実施計画を届出ます。

医療機関名称	
医療機関所在地	
実施目的	
実施方法 (利用施設形態等)	実施場所の建物施設を利用 ・ 別紙のとおり移動診療(健診)車を利用 その他()
診療報酬 (費用) の徴収方法	

【 年 月 ～ 年 月分】

【P1/ 】

実施日	実施時間	実施場所		診療科目 健診項目	医師名 (責任者)	医師名 (担当者)	移動診療 (健診)施設 の種別
		場所名	所在地				
月 日	時 分 ～ 時 分						
月 日	時 分 ～ 時 分						
月 日	時 分 ～ 時 分						
月 日	時 分 ～ 時 分						

