巡回診療実施計画書

　　年　　月　　日

枚方市保健所長　様

開設者住所

氏名

電話番号

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名）

　　　　　　年　　　月分の巡回診療実施計画書を別紙のとおり提出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 医療機関の名称等 | 名称 | | （フリガナ） | | |
|  | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 電話番号 | |  | ＦＡＸ |  |
| 管理者の氏名 | |  | | |
| 1. 診療の項目 | □フッ素塗布　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 1. 実施目的   （該当する□に✓を  入れる） | □ | 1. 市町村が実施主体となる巡回診療 | | | |
| □ | 1. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 1. 診療報酬   の徴収方法 |  | | | | |
| 1. 移動健診等施設の構造設備を用いる場合 | 添付のとおり（※すでに保健所に届けている場合は添付を省略することができる）  台数　　　　　　　　　（具体的に）  　　　　　　　　台  （健診車の平面図・自動車検査証の写しを添付すること） | | | | |

|  |
| --- |
| 保健所受付印 |
|  |