第35号様式

（元号）　　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　　　　　　　様

開設者住所　 〒

電話　 　　　（　　　　）

開設者氏名

巡回（　　　　　　　　　）診療実施計画書

（（元号）　　　年　　　月～　　　月分）

このことについて、昭和37年6月20日医発第554号医務局長通知に基づき次のとおり報告します。

記

1.　診療施設の名称、所在地

（名　称）

（所在地）

2.　巡回診療の目的及び維持の方法並びに診療報酬の徴収方法

(1) 目　　的

(2) 維持の方法

(3) 診療報酬の徴収方法

3.　移動診療施設の構造設備の概況　　　　　　レントゲン装備の診療自動車

4.　実施計画　　　実施計画の概要のとおり

（注）　正本（1部）の他に写し（コピー可）を関係保健所数＋1件提出すること。

実施計画の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 巡　回　診　療　　の　　日　　時 | 巡　回　診　療　の　場　所 | | | 担　当　医　師  （実施責任者） | 従　事　者  （除医師） | | |
| 市　町　村　名 | 対　象　名 | 対象人員 | X線技師 | 看護師 | その他 |
| （例）　　　　　14時  10/31、　　　～  16時 | 千葉市田辺町2 | ○○○製作所 | 51 | 山　下　雲　海 | 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

実施計画の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 巡　回　診　療　　の　　日　　時 | 巡　回　診　療　の　場　所 | | | 担　当　医　師  （実施責任者） | 従　事　者  （除医師） | | |
| 市　町　村　名 | 対　象　名 | 対象人員 | X線技師 | 看護師 | その他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |