

様式第 39 号 (第 2 条関係)

年 月 日

岩手県 保健所長 様

開設者 所在地

名 称

年 月分の巡回診療 (巡回健診) に係る実施計画書を別紙のとおり提出します。

記

開設者	名 称	
	主たる事務所の 所 在 地	
診療を行う 医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	()
	管理者氏名	
巡回診療 (健診) の実施目的		
診療報酬等の徴収方法		
移動診療 (健診) 施設の有無		有 ・ 無
担当者名及び連絡先		

- ・ 移動診療施設を利用する場合は、施設構造設備の概要を添付すること。
- ・ 開設者が公益法人等である場合には、定款又は寄付行為の写しを添付すること。(医療法人の場合は不要)

別紙

実施年月日	実施場所	施設等の名称	医師又は歯科医師である実施責任者の氏名	診療を担当する医師又は歯科医師の氏名	診療科目又は健康診断項目

備考) 「施設等の名称」欄には巡回診療を行う施設の名称又は事業所名を記載すること。