（実施場所を管轄する保健福祉事務所・保健所設置市：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 日 | 曜日 | 所在地及び  施設等名称 | 対象者 | 対象  人員 | 実施責任者  医 師 名 | 担　当　の  医師名　・  診療放射線  技　師　名 | 診療科目  （健診  項目） | 健診の  目　的 | 根拠  法令 | 健診  費用  徴収  方法 | 移動健診施設のみによる実施 | 移動健診施設の構造概要  （車両番号等） | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 医師が同行せず、放射線技師のみでエックス線撮影を行う健康診断については、備考欄にその旨を記載すること。