

巡回健診実施計画届

届出日。概ね1ヶ月から3ヶ月までの期間ごとに、事前に計画を届け出てください。

令和〇年〇月〇日

法人・個人を問わず、「県内の連絡場所」となる医療機関の開設者について記載してください。個人開設の場合には「名称」の記入は不要です。(押印不要)

神奈川県内にある医療機関の所在地等を保健所に届出ているとおりに記載してください。(押印不要)

開設者

所在地 横浜市日本大通り1
 名称 社会福祉法人大和綾瀬保福会
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 代表者 理事長 神奈川 健

県内連絡所

所在地 大和市中心 1-5-26
 名称 厚木保福大和センター診療所
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 管理者 大和 太郎

使用する場合は、構造設備の概要を添付。届出済みの場合は省略可。

根拠法令は必ず記載してください。

次のとおり巡回健診を実施したいので届け出ます。

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・医療放射線技師名	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	移動健診施設の構造概要 (車両番号)	備考
1	5	金	大和市〇〇1-2-3 〇〇保育園	職員	60名	大和太郎	大和太郎 綾瀬花子	内科 胸部X線	健康診断	労働安全衛生法 第66条	現金		相模〇 〇〇-〇〇	
2	3	木	大和市〇〇1-1-1 大和綾瀬ホーム	職員・ 入所者	40名	大和太郎	大和太郎	内科	予防接種 (インフルエンザ)	予防接種法	銀行振込			
3	7	木	大和市〇〇1-3-5 〇〇中学校	生徒	360名	大和太郎	大和太郎 綾瀬花子	内科 胸部X線	健康診断	学校保健安全法 第13条	銀行振込		相模〇 〇〇-〇〇	

日付順

氏名を記入してください。

移動健診施設のみでの実施の場合は「〇」をつけてください。

(健診場所についての注意)

同一の所在地で行う場合については、実施期間及び実施回数により「巡回健診」として認められない場合がありますので、詳細は別紙「移動診療施設以外の施設を利用して行う「巡回健診」の取り扱いについて」をご覧ください。

【その他】厚木保健福祉事務所大和センター窓口（管理企画課）に御提出ください。届出は**必ず2部**御持参ください。当所に御利用いただけるコピー機はありません。また、写しを交付することはできませんので御注意ください。

【手数料】なし