

病院・診療所（巡回健診・診療）実施報告書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所

氏名

電話 ()

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

令和 年 月分の（巡回健診・診療）の実施報告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			
2 診療の項目	☐ フッ素塗布 ☐ その他 ()			
3 実施目的 (該当する□にレ点を入れる)	☐ (1) 市町村が実施主体となる巡回診療			
	☐ (2) その他 ()			
4 診療報酬 の徴収方法				
5 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) (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