　　　年　　　月　　　日

保健所長　様

開設者住所

開設者氏名

巡回診療実施計画届

　このことについて下記のとおり届け出ます。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の所在地

３　巡回診療実施計画　　　別添一覧のとおり

４　実施責任者および診療担当医師（歯科医師）の氏名　　別添一覧のとおり

５　診療科目

６　目的および維持の方法ならびに診療報酬の徴収方法

巡回診療実施計画（　　　年　　　月～　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 巡回診療を行う場所  （施設名、所在地） | 実施責任医師の  氏名 | 診療を担当する医師 | | 予定受診者数 |
| 氏名 | 担当診療科目 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |