巡回健診等実施計画書

令和　　年　　月　　日

（宛先）高崎市長

（医療機関）

所在地：

名称：

（開設者）

住所：

氏名：

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、

名称及び代表者職氏名）

別紙のとおり計画書を提出します。

＜健康診断＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施予定年月日 | 実施場所  (所在地及び施設名称) | 実施責任者  (医師又は歯科医師) | 健康診断の項目 | 費用の徴収方法 |
| 1 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 2 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 3 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 4 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 5 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |

※健診車を利用する場合は、健診車の構造設備に関する次の書類を添付すること。

（添付書類：平面図、立面図、放射線防護図、自動車検査証の写し、その他市長が必要と認めるもの）

事務担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

＜予防接種・採血＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 実施予定年月日 | 実施場所  (所在地及び施設名称) | 実施責任者  (医師又は歯科医師) | 予防接種の種類  又は採血に係る検査の種類 | 費用の徴収方法 |
| 1 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 2 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 3 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 4 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |
| 5 | 年　 月　 日 |  |  |  |  |
| 目的： | | | 健診車 ： 有・無 |

※健診車を利用する場合は、健診車の構造設備に関する次の書類を添付すること。

（添付書類：平面図、立面図、自動車検査証の写し、その他市長が必要と認めるもの）

事務担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |