

久留米市保健所長 あて

届出者 _____

巡回健診等届（病院又は診療所の事業として行う巡回健診等の場合）

次のとおり巡回健診等を実施したいので、届け出ます。

開設者	住所又は主たる事務所の所在地	〒 (電話番号)		施設の名称	
	氏名又は名称			所在地	〒 (電話番号)
管理者	氏名			住所	〒
健康診断の項目、 予防接種の種類又は 採血に係る検査種類				巡回健診等 の期間	年 月 日から 年 月 日まで
実施の目的、方法 及び健康診断等に 係る費用の徴収方法					
医師・歯科 医師・その 他従業者の 定員	医師 名 歯科医師 名 薬剤師 名 保健師 名 看護師 名	准看護師 名 看護補助者 名 管理栄養士 名 栄養士 名		診療放射線技師 名 臨床検査技師 名 その他 名 合計 名	
備考					

注1 おおむね1か月から3か月までの期間ごとにまとめて届け出ること。

注2 「管理者」は、巡回健診を行う病院又は診療所の管理者について記入すること。

注3 巡回健診等を行うに当たっては、衛生上、防火上及び保安上安全であり、清潔を保持できる場所を選定すること。

添付書類

- 1 巡回健診等実施計画書（別紙1）
- 2 移動健診施設を利用する場合は、その構造設備の概要及び平面図
- 3 エックス線装置を使用するときは、構造設備の概要（別紙2）