

## 巡回診療実施報告書

〇〇年〇〇月〇〇日

保健所長 様

開設者住所 大阪市中央区大手前二丁目1番22号

大手前ビル6階

氏名 医療法人 保企会

理事長 保企 一郎

電話番号 06-xxxxx-xxxxx

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

〇 年 〇 月分巡回診療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) イリョウホウジン ホキカイ ホキシリョウシヨ 医療法人 保企会 保企診療所		
	所在地	〒540-XXXX 大阪市中央区大手前△丁目◆◆番◇◇号 □□ビル□階		
	電話番号	06-xxxxx-xxxxx	FAX	06-xxxxx-xxxx1
	管理者の氏名	保企 太郎		
2. 診療の項目	<input checked="" type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
3. 実施目的 (該当する□に✓を 入れる)	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 市町村が実施主体となる巡回診療			
	<input type="checkbox"/> イ. その他 ( )			
1. 診療報酬 の徴収方法	無料			
2. 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) _____ 1 _____ 台      胸部エックス線撮影検診車 (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