巡 回 診 療（健 診） 実 施 計 画 届

年　　　月　　　日

　（あて先）川崎市長

所 在 地

名　　称

電話番号

管理者氏名

次のとおり巡回診療（健診）を実施するので届出ます。（　　　　年　　月～　　月）

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科目又は健康診断項目 |  |
| 実　施　目　的 |  |
| 維持又は実施方法 |  |
| 診療報酬又は費用徴取方法 |  |
| 移動施設の構造設備概要 |  |

（注意）１　巡回診療についてはおおむね３か月から６か月まで、巡回健診についてはおおむね１か月から３か月までの期間ごとに巡回診療（健診）を行う場所及び各場所ごとの医師又は歯科医師である実施責任者の氏名及び診療を担当する医師又は歯科医師の氏名を記した実施計画（別紙）を添付すること。

　　　　２　実施計画を変更したときは、変更届を提出すること。