

(実施場所を管轄する保健福祉事務所・保健所設置市： )

月	日	曜日	所在地及び施設等名称	対象者	対象人員	実施責任者 医師名	担当の 医師名・ 診療放射線 技師名	診療科目 (健診 項目)	健診の 目的	根拠 法令	健診 費用 徴収 方法	移動 健診 施設 のみ による 実施	移動健診施設 の構造概要 (車両番号 等)	備考

※ 医師が同行せず、放射線技師のみでエックス線撮影を行う健康診断については、備考欄にその旨を記載すること。