（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	移動健診施設のみによる実施	移動健診施設でのエックス線装置等の使用の有無	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。