（参考様式）

**巡回診療（健診）実施予定届**

**年　　　月　　　日**

**（宛先）**

**滋賀県知事**

**滋賀県　　　　保健所長**

**届出者（医療機関開設者）**

**次のとおり巡回診療（健診）を実施したいから、届けます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関の名称****および所在地** |  |
| **医療機関の開設****者および所在地** |  |
| **実施年月日** |  |
| **実施場所** |  |
| **実施責任者****(医師免許番号)** |  |
| **従事医師****(診療科)**＊巡回診療の場合は記載 |  |
| **巡回診療（健診）の目的** |  |
| **巡回診療（健診）の内容** |  |
| **診療報酬の徴収** |  |
| **清潔保持の方法** |  |
| **備考** |  |

**(添付書類)**

**１　移動診療施設を利用する場合はその構造設備の概要**

**２　巡回診療を実施する開設者が公益法人等である場合は、定款又は寄付行為**