巡回健診実施計画届

年　月　日

神奈川県知事

開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　県内連絡所

　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者

　次のとおり巡回健診を実施したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・医療放射線技師名 | 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 | 移動健診施設  の構造概要  (車両番号) | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（裏面参照）

【注意】

　　１　実施場所を所管する保健福祉事務所または保健所設置市ごととなるようまとめて記載してください。

　　２　実施主体が神奈川県内に所在しない場合には、開設者の住所については、実施主体の住所に併せて神奈川県内の連絡場所を記載してください。

　　３　「移動健診施設のみ」欄は、巡回健診車等において健康診断を行うことができる構造設備となっている移動健診施設のみで実施する場合は〇印を記入してください。

　　４　「移動健診施設の構造概要（車両番号等）」欄は、健診車等の車両が特定できるように車両番号が特定できるように車両番号等を記入するとともに、構造設備の概要（自動車車検証の写し・車両平面図・側面図）を添付してください。ただし、すでに届出等がされている健診車の車両番号を記載する場合は、構造設備の概要を省略することができます。

　　５　実施計画を変更したいときは、変更届を提出してください。

６　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、備考欄にその旨記載すること。