

様式

巡回診療実施計画届出書

年 月 日

鳥取市保健所長 様

開設者の名称

印

(法人の場合は法人名・理事長名)

所在地

病院又は診療所の名称

所在地

下記のとおり巡回診療を実施したいので、次のとおり届け出ます。

月	日	曜	実施場所	対象者	対象 人員 (見込)	実施責任者 医 師 名	担当医師名	診療科目

診療の目的	
診療報酬の 徴収方法	

注 実施計画を変更したいときは、変更届を提出すること。