

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 (住所)	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。