巡回診療実施計画届出書

（宛先）金沢市保健所長　　年　　月　　日

病院又は診療所の開設者の氏名及び住所
氏　名
（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
住　所　　電話
（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
病院又は診療所の名称及び所在地
名　称
所在地　　電話

下記のとおり巡回診療を実施したいので、次のとおり届出します。

予定年月日	実施場所	対象者	対象人数	実施責任者医師氏名	担当医師氏名	担当診療科目	巡回診療科目	実施の目的及び維持の方法	診療報酬の徴収方法	備考