

巡 回 健 診 実 施 届

年 月 日

佐賀県知事 様

開設者住所
氏名

下記のとおり巡回健診を実施したいので、届出ます。

医療機関の 開設者の名称		住所又は 主たる事務 の所在地	〒 (:)
医療機関 の名称		所在地	〒 (:)
実 施 計 画	別添 実施計画書のとおり		
健診の項目、予防接種の種類 採血検査の種類			
実施の目的、方法及び 健診費用の徴収方法			
移動健診等施設（車両等）を 利用する場合はその概要	台数： 機能：		
備 考			

（この事務に係る担当者氏名及び連絡電話番号）

届出等の書類に記載されている個人情報については、当該業務以外の目的には使用しません。また、第三者に提供しません。
なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。

別添

巡回健診実施計画書

実施時期	実施場所	医師又は歯科医師 である実施責任者
年 月 日		

注 示しているすべての項目が記載されていれば、任意の様式で差し支えないこと。