様式２

巡回診療実施計画書

〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇　保健所長　様

開設者住所　**大阪市中央区大手前二丁目１番２２号**
大手前ビル６階
氏名　**医療法人　保企会**
理事長　保企　一郎
電話番号　**０６－×××××－××××**
（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名）

巡回診療実施計画書を別紙のとおり提出します。

1.　医療機関の名称等	名称	（フリガナ）**イリョウホウジン　ホキカイ　ホキシンリョウショ** **医療法人　保企会　保企診療所**		
	所在地	〒**５４０－ＸＸＸＸ** **大阪市中央区大手前△丁目◆◆番◇◇号　□□ビル□階**		
	電話番号	**０６－××××－××××**	ＦＡＸ	**０６－××××－×××１**
	管理者の氏名	**保企　太郎**		
2.　診療の項目	☑フッ素塗布　　□その他（　　）			
3.　実施目的 （該当する□に✓を入れる）	☑　ｱ.　市町村が実施主体となる巡回診療 □　ｲ.　その他（　　）			

4.　巡回診療の実績を記録し、保健所の求めに応じて提出できる体制を確保していること。	☑　適

保健所受付印

提出部数：病院１部、診療所１部