

別紙（参考様式）

巡回健診実施計画書

| 実施日<br>及び実施時間 | 巡回健診実施場所 |    | 対象者<br>人数 | 健康診断等の項目、<br>予防接種の種類、<br>採血に係る検査の種類 | 実施責任者の氏名<br>(医師・歯科医師) | 従事者等の人数 |           |            |     |    |
|---------------|----------|----|-----------|-------------------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------|-----|----|
|               | 名称       | 住所 |           |                                     |                       | 看護師     | 放射線<br>技師 | 臨床検<br>査技師 | その他 | 合計 |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |
|               |          |    |           |                                     |                       |         |           |            |     |    |

- ※1 本計画書は、1～3か月毎分に所轄の保健所に提出すること。
- ※2 本計画書には、広島県内で実施する巡回健診のみ記載すること。