別紙（参考様式）

巡回診療実施計画書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日及び診療時間 | 巡回診療実施場所 | 従事医師名（職種）（実施責任者には氏名の前に■を記載すること） | 担当診療科目 | 従事者等の人数 |
| 名称 | 住所 | 薬剤師 | 看護師 | その他 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１　本計画書は、３～６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診療のみ記載すること。