　　年　　月　　日

　福井市長　あて

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は､主たる事務所の所在地)

　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　　(法人の場合は､名称および代表者氏名)

(※)本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

巡回診療等実施計画届

　このことについて下記のとおり届けます。

記

１　名称

２　所在地

３　巡回診療等実施計画　　　別添のとおり

４　診療科目

５　目的および維持の方法ならびに診療報酬の徴収方法

６　構造設備の概要　　　　別添のとおり

７　添付書類　　　　　　　医師免許証の写し（実施責任者のみ）

　　　　　　　　　　　　　※ただし、開設許可を伴う場合は不要とする。