

受託事業関係届出書

一般社団法人 八王子市医師会
 会 長 鳥 羽 正 浩 殿

私 儀

下記実施医療機関として推薦をお願い致します。
 尚、受託事業実施に当たっては実施要領を遵守する事を誓約いたします。

下記のとおり変更手続き方よろしくお願い致します。

1 届出者

医療機関名称		会 員 名 (代表者)	
住 所	〒	電 話 番 号	— —
		F A X	— —
医療機関コード(統一コード)		1 3 1 2 9	

2 届出項目(該当に○)

- ・協力(新規)
- ・協力辞退
- ・協力一時休止
- ・協力追加
- ・振込銀行口座変更
- ・住所・名称変更
- ・協力項目変更
- ・その他()

3 届出内容(新規は全て記入。辞退・休止・変更は該当箇所のみ記入。)

医療機関名称			
市 民 向 け 医 療 機 関 名			
住 所	〒 八王子市	電 話 番 号	— —
		F A X	— —
(該当項目に○)			
1 個別予防接種(小児対象)	8 特定健康診査	14 子宮がん検診二次	
2 高齢者インフルエンザ	9 乳がん(マンモグラフィ)	15 大腸がん検診	
3 ヒブワクチン(小児対象)	10 乳がん検診二次	16 大腸がん検診二次	
4 肺炎球菌ワクチン(小児対象)	11 肺がん検診	17 胃がん検診二次	
5 子宮頸がんワクチン	12 肺がん検診二次	18 肝炎ウイルス検診	
6 高齢者肺炎球菌・带状疱疹ワクチン	13 子宮がん検診		
7 結核予防接種(BCG)			
21 妊婦健康診査	24 夜間診療(内科・小児科))
22 乳幼児健康診査(6か月児・9か月児)	(保険医登録番号		
23 乳幼児健康診査(大横・東浅川・南大沢) (3~4か月児・1歳6か月児・3歳児)	25 休日診療(内科・小児科・外科)		
振込銀行口座	銀行	支店	
	(普通 ・ 当 座)	口座番号	
	口座名義人(フリガナ)		
そ の 他			