（実施場所を管轄する保健福祉事務所・保健所設置市：　　）

月	日	曜日	所在地及び施設等名称	対象者	対象人員	実施責任者医師名	担当の医師名・診療放射線技師名	診療科目（健診等項目）	健診等の目的	根拠法令	健診等費用徴収方法	移動健診等実施施設のみによる実施	移動健診等実施施設の構造概要（車両番号等）	備考

※　医師が同行せず、放射線技師のみでエックス線撮影を行う健康診断については、備考欄にその旨を記載すること。