（別紙）

お盆期間診療・検査協力医療機関　御中

**電子申請が困難な場合は、**お手数をおかけしますが、下記の内容についてご記載いただき、**８月７日（日）までに担当あて、ＦＡＸ送信**をお願いします。

**事前申請書**

**＜宛先・ＦＡＸ番号＞**

**宛　先：京都府　健康福祉部　健康対策課**

**ＦＡＸ：075－431－3970**

**＜申請内容＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 御担当者名等（所属、連絡先等） | 氏　名 |  |
| 所　属 |  |
| E-mail（必　須） | 　　　　　　　　　＠ |
| 電話番号 | 通　常： |
| 公開用：（京都府ホームページで異なる番号を公開される場合のみ記入） |
| 診療・検査実施可能日（可能日に丸印） | ８月11日（木） | ８月12日（金） | ８月13日（土） |
|  |  |  |
| 実施時間 |  |  |  |
| 【記入例】 | ８月14日（日） | ８月15日（月） | ８月16日（火） |
| ○ |  |  |  |
| ９：００～１２：００ |  |  |  |
| かかりつけ患者以外の患者（初診患者）の対応可否 | 可 ・ 否 | 京都府ホームページでの公開可否 | 可 ・ 否 |
| 備　考（受診時の注意事項等） |  |

（記入上の注意事項等）

・実施時間は、開始時刻と終了時刻がわかるように記載願います。

・府ホームページでの掲載内容は、市町村のHPにも掲載される場合があります。

・府ホームページでは「受診の際には、必ず事前に電話連絡の上、医療機関の指示に従って受診」するようにお知らせしています。