

## 令和6年度 被扶養者に対する特定健康診査実施計画書

健診機関名

ご担当者

1. 令和6年度の協会独自の集団健診による特定健康診査実施可能地域及び時期等についてご記入ください。

特定健診	健診実施可能な地域（〇〇市 等）	健診が実施可能で確保できる会場	健診実施月及び実施希望日数	
基本的な健診項目			月	日間
			月	日間
			月	日間

2. 一日の特定健診実施可能者数(最大で何名かを記入してください)

名
---

3. 休日の健診実施の可否

可 ・ 否	可の場合何曜日( )
-------	------------

4. 健診の実施体制(上記2の受診者数実施の場合)

医師： 名、看護師： 名、保健師： 名、事務： 名、その他： 名(職種 )
---------------------------------------

5. 特定健診実施件数を増やすための方策等(例：会場の選定、低額の自己負担でオプション検査を追加可能等…)

--

6. 大分県内での集団健診実施実績について(実施回数・人数や会場がわかるものを添付してください)