

例：基準額（１）１０人・基準額（２）２０人・計３０人

別紙様式

令和 8 年 3 月 25 日

提出日を記入 ※締切 3/31

大分県知事 佐藤 樹一郎 殿

④法人の所在地、名称、
代表者職・氏名を記入のこと

所在地 大分市大手町3丁目1番1号
法人名称 社会福祉法人 △△会
代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○
(施設・学校名 特別養護老人ホーム □□園)

令和 8 年度私立学校・施設等における結核定期健康診断実施計画書

結核定期健康診を下記のとおり実施しますので、計画書を提出します。

記

1 実施時期

令和 8 年 10 月

補助対象期間は令和8年4月1日～令和8年12月31日
ですので、この期間内での設定にしてください。

2 受診予定者数

30 人

受診予定者数の内訳：基準額（１）の該当者 10 人
基準額（２）の該当者 20 人

別紙（対象者・基準額）
参照のこと

※感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2第1項に基づく健康診断の対象者数を計上、別紙「結核定期健康診断対象者び基準額」を参照のこと。

担当者連絡先

担当者氏名： 総務課 ○○○○
電話番号： ×××-×××-××××
FAX番号： ×××-×××-××××
メールアドレス： ×××@×××.jp

差し支えなければ部署名
もご記入ください
必ず連絡がつく番号とア
ドレスをご記入ください

(注) 変更する場合は、標題に(変更)を付し、変更部分の後ろに () 書きで変更前の
人数等を記載すること