（別紙１）

過去２年間の外国人患者・受診者等の国内医療機関受入業務実績一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 外国人患者・受診者の情報 | 受診内容 | 受診日（期間）(年月日～年月日) | 受入国内医療機関名(連絡先電話番号、担当者名) |
| 外国人患者・受診者名（ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ表記） | 外国人患者・受診者名（ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ表記以外） | 性別 | 生年月日 | ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ写しの有無 |
| 　 |  | 　 |  | 　○or× | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 合計　　　人 |  |  |  |

※　提出にあたっては、この様式に記入するか、同様の様式を作成して記入して下さい