（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