

別紙

契約番号：鹿児島 50
 医療法人徳洲会
 契約者名：徳之島徳洲会病院

実施機関一覧表

| 健診・保健 指導機関 番号 | 実施機関名 | 郵便番号 | 所在地※1 | 電話番号 ※2 | 受託業務※3 | | | | | | | | |
|---------------------|---------------------|-----------|-----------------------|--------------|------------------|------------------|------------|-------------|--------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| | | | | | 特定健康診査 | | | | | 特定保 健指導 | | | |
| | | | | | 実施 形態※4 | | 詳細項目 ※5 | | | 動 機 付 け 支 援 | 積 極 的 支 援 | 健 診 当 日 初 回 | |
| | | | | | 集 団 健 診 | 個 別 健 診 | 貧 血 | 心 電 図 | 眼 底 | | | | 血 清 ク レ ア チ ン |
| 4613210816 | 医療法人徳洲会 徳之島徳洲会病院 | 〒891-7101 | 鹿児島県大島郡徳之島 町亀津7588 | 0997-83-1100 | — | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | — |

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。

※4 実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。

※5 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。