

小児救急医療支援事業当番実績書

施設名 _____

1. 診療日 通年 ・ 非通年 ()

2. 各月の診療日数

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
夜間日数 ①													
休日日数 ②													
診療日数①+②													

- ・ 夜間日数は、当該補助年度の暦日のうち夜間（午後6時から翌日午前8時まで）の診療を実施した日数を記入すること。
- ・ 休日日数は、当該補助年度の暦日のうち休日及び年末年始（12月29日から翌年1月3日まで）の午前8時から午後6時までの診療を実施した日数を記入すること。