様式第１２号

**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．各月の救急診療日数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 救急診療日数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）の救急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時までの救急診療を

実施した日数を記入すること。