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。