

年 月 日

高松国税局 総務部 厚生課 御中

名 称

代表者名



令和 7 年度人間ドック等業務に関する受託申込書

1 申込者

ふりがな 名 称		法人格 の有無	
所 在 地	郵便番号 住 所 電話番号 F A X		
人間ドック 等実施施設 の 所 在 地	郵便番号 住 所 電話番号 F A X		
担 当 者 職 名 ・ 氏 名	公募（契約）事務担当		
	人間ドック担当		

2 人間ドック等の内容及び金額（消費税及び地方消費税の額を含む。）

金額については、仕様書7「検査項目等」の範囲内で記載すること。

内 容				金 額（税込金額）
人 間 ド ッ ク	日 帰 り 式・基本コース			※ 円
	胃部内視鏡検査に変更した場合の追加料金			円
	婦 人 科 検 診	①子宮癌検診		円
		②乳 癌 検 診	マンモグラフィー	円
			エコー	円
			両方	円
		①及び②セット検診		円
	婦人科単独検診	子宮癌検診		円
		乳 癌 検 診	マンモグラフィー	円
			エコー	円
			両方	円

※胃部検査がX線直接撮影又は内視鏡に変更しても同一料金の場合のコース金額です。

3 人間ドック等実施施設の概要

1	人間ドック等実施施設の 設立年月日	年 月 日
2	年間総受診者数 (令和6年1月～令和6年12月末)	人
3	年間精密検査指示数 (令和6年1月～令和6年12月末)	人
4	上記3のうち、年間精密 検査実施数	人
5	上記4のうち、年間精密 検査の異常所見者数	人
6	受付時から検査終了ま での所要時間	時間 分
7	人間ドック等実施施設か ら最寄りの税務署までの 所要時間及び交通手段等	(最寄り税務署) _____ 税務署 (所 要 時 間) 時間 分 (交 通 手 段 等)
8	人間ドック等実施施設 で作成しているマニ ュアル	(1)以下に記載したマニュアルの有無 大規模災害時の対応マニュアル(有 ・ 無) 事 故 発 生 防 止 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) ト ラ ブ ル 発 生 時 の 対 応 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) 感 染 防 止 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) 廃 棄 物 処 理 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) 情 報 機 器 の ト ラ ブ ル 対 応 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) 検 査 機 器 の 取 扱 い マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) 受 診 者 対 応 ・ 接 遇 マ ニ ュ ア ル (有 ・ 無) (2)その他、作成しているマニュアル ()

4 職員

人間ドック等業務従事職員数（令和7年4月1日現在）

	常勤(人)		非常勤(人)		合計(人) ①+②+③
	健診施設 専任①	病院・診療所 兼務②	延べ人数	常勤換算③	
医師(合計)					
うち内科					
うち外科					
うち眼科					
うち婦人科					
うち脳神経外科					
うちその他の医師					
保健師					
看護師					
診療放射線技師					
臨床検査技師					
管理栄養士					
情報管理担当					
その他職員					
総合計					

※ 「常勤換算」とは、1週間における非常勤職員の所定労働時間 32 時間をもって 1 人と換算すること。

5 その他の事項

（上記記載事項のほか、特記すべき事項がありましたら記載してください。）