

第4号様式(当番制によるオンライン診療実施医療機関等申請用)

実績報告書(当番制用)

【報告医師会名: _____】

No.	対象者氏名	住所	協力日	オンライン診療実施医療機関	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※1 協力1回ごとに1行記載してください。

※2 浜松市内在住の新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等が対象です。

※3 自宅療養の解除以降の対応は、協力金の対象外です。

【交付額】

協力方法	給付単価A	件数B	交付額(A×B)
オンライン診療	3,000		0
		計	0