

様式第2号

補助事業内容説明書

学校名 _____

1 結核健康診断の実施日 年 月 日から
年 月 日まで

2 実績及び実施成績

区分	種 別		補助対象人数*(実受診人数)(人)			補助基準額 (円)		対象経費実 支出額 (円)
			高 校 生	そ の 他	計 (A)	基準単価(B)	(A)×(B)	
健 康 診 断	間接撮影	医療 機関				503		
	直接撮影					1,740		
合 計						—		
対象人数 (人) (C)								
実受診人数 (人) (D)								
受診率 (%) [(D)/(C)]								
患者 発見 状況	結 核 患 者							
	結核発病の恐れのある者							

※ 補助対象人数 = 今年度入学した学生及び生徒