

地域歯科診療支援病院歯科初診料の実績報告書

中国四国厚生局長 殿

標記について、別添のとおり報告します。

平成 年 月 日

医療機関コード					

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名



報告に関する担当者及び連絡先を下欄に記入してください。

担当者	担当部署 _____ 氏名 _____
電話番号	() - () - () 内線 _____
FAX番号	() - () - ()