Ｈ２８改定版

区　分　：

※ＦＡＸ送信の場合、送信票は不要です。

（※上記の「区分」欄は、厚生局で記載します）

北海道厚生局　FAX：０１１－７９６－５１３３

【〒060-0807 札幌市北区北７条西２丁目 15-1 野村不動産札幌ビル２階　℡ 011 - 796-5105（医療課）】

医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション・施設基準

※上記、該当項目に○を記入願います。

質　問　票

医療機関等名称　：

医療機関等コード　：

担当者氏名　：　（所属：　・職名：　）

電話番号　：　－　－　（内：　）FAX番号　－　－

提出年月日　：　平成　年　月　日

改定診療報酬点数表
参考資料のページ番号　：

質問項目　：

（質問項目記載例）「　Ａ－０００　初診料について　」等

質問内容　：　下記に詳しく具体的に記載願います。

選別・集計等の都合上、「質問票１枚につき１問」の記入としていただくようご協力願います。