

照 会 票

受付年月日(※)		整理番号(※)	
保険医療機関 保 険 薬 局 の 名 称			
回答のご連絡をする 担当部署・電話番号	— —	担当者	
(お問い合わせの内容) ※お問い合わせの元となった資料等の名前、掲載ページもご記入 をお願いします。			
答年月日(※)		登録(※)	

※欄は、厚生局で使用します。

関東信越厚生局新潟事務所 FAX 025-364-1862