

## 施設基準に係る年間実績報告書（表紙）

「地域歯科診療支援病院歯科初診料」に係る年間実績について、別添のとおりに報告します。

近畿厚生局長 殿

平成 年 月 日

保険医療機関コード：

保険医療機関名：

所在地：

開設者： 印

担当者氏名（ ）

電話番号（ ）