

平成 28 年度 診療（調剤）報酬改定時集団指導 受付票

（この受付票に記載して当日受付に提出してください）

保険医療機関コード または保険薬局コード		
保険医療機関名称 または保険薬局名称		
出席者	○を付してください	氏名を記入してください
	開設者 ・ 管理者 ・ 保険医 保険薬剤師 ・ 事務担当者等	
	開設者 ・ 管理者 ・ 保険医 保険薬剤師 ・ 事務担当者等	
	開設者 ・ 管理者 ・ 保険医 保険薬剤師 ・ 事務担当者等	
出席人数計	_____ 名	