

平成 30 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 | |