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 | |