

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の 時間における診療の実施(変更) 報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード

〒 -

保険医療機関の
所在地・連絡先

☎ () -

保険医療機関名称

開設者名

印

東北厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

標榜診療時間

曜日	標榜診療時間帯
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時
曜日	午前 (~) 時
	午後 (~) 時

徴収額

円