疑　義　照　会　票

事務所使用欄	管理番号（　　）
	平成　　年　　月　　日受付

照会先 （FAX 番号）	※指導監査課または各事務所あて、郵送またはＦＡＸにてご提出下さい。 指導監査課（愛知）(052-935-9900)・富山事務所(076-441-4041) 石川事務所(076-261-0848)・岐阜事務所(058-247-0286) 静岡事務所(054-351-3115)・三重事務所(059-228-3588)			
種別	医科	歯科	調剤	その他（　　）
診療法令	基本診療料	特掲診療料	食事療養	その他（　　）
参考資料等 記入欄	《区分番号　　》《資料対象ページ　　》			
疑義事項　主題				
（質問事項）　※できるだけ具体的にご記載下さい。				
医療機関等名称				
照会者氏名			照会日	平成　　年　　月　　日 （　郵送　・　ＦＡＸ　）
電話番号	－　　－ （内線　　番）		ＦＡＸ番号	－　　－

※　・該当する区分に○を記入して下さい。(照会先・種別・診療法令・照会日)

・ご質問に対しては、個別に口頭にて回答いたします。なお、ご質問内容によっては回答にお時間を要する場合がございます。何卒ご了承下さい。