

施設基準に係る年間実績報告書

「地域歯科診療支援病院歯科初診料」に係る年間実績について別添のとおり報告
します。

東海北陸厚生局長 殿

平成 年 月 日

保険医療機関名：

所 在 地：

開設者名・印： 印

保険医療機関コード（ ）

担当者氏名（ ）

電話番号（ ）