

届 出 状 況 報 告 書
(令和3年7月1日)

中国四国厚生局長 殿

標記について、別添書類を添えて報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関コード					

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者氏名

(押印不要)

届出状況の報告に関する担当者及び連絡先を下欄に記入してください。

担当者	担当部署 _____ 氏名 _____
電話番号	() - () - () 内線 _____
FAX番号	() - () - ()

整理番号	※
------	---

※の欄は記入不要です