区　分：

※上記区分は、厚生局で記載します。

北海道厚生局　FAX：０１１－７９６－５１３３

【〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階　TEL 011-796-5105（医療課）】

医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション・施設基準

※上記、該当項目に○を記入願います。

質　問　票

医療機関名：

医療機関コード：

担当者氏名：　　（所属：　　・職名：　　）

電話番号：　－　－　（内：　　）FAX番号　－　－

提出年月日：平成　　年　　月　　日

点数表の解釈区分等：

（例）「Ａ－０００　初診料について　２０ページ」等

その他資料名等：

質問内容：下記に詳しく具体的に記載願います。

選別・集計等の都合上、「質問票１枚につき１問」の記入としていただくようご協力願います。