

H30改定版

区分：

※FAX送信の場合、送信票は不要です。

(※上記の「区分」欄は、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

医療機関等名称：

医療機関等コード：

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

改定診療報酬点数表

参考資料のページ番号：

質問項目：

(質問項目記載例)「A-000 初診料について」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。

.....