

医療機関コード	
---------	--

(有床診療所用)

令和5年度 施設基準実施状況報告書

(令和5年7月1日現在)

令和5年 月 日

保険医療機関 名称

所在地

開設者名

関東信越厚生局長 殿

報告書作成担当者名	
TEL() -	FAX() -

* 報告内容に係る照会に対応できる実際の担当者名を記載してください。