

医療機関コード	
---------	--

(病院用)

令和3年度 施設基準実施状況報告書

(令和3年7月1日現在)

令和3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ください。