

医療機関コード	
---------	--

(有床診療所用)

令和7年度 施設基準実施状況報告書

(令和7年8月1日現在)

令和7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()	—
メールアドレス			

* 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。