

(別紙様式3)

予約に基づく診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

連絡先 担当者： 電話番号：	保険医療機関の 所在地及び名称 開設者名
----------------------	----------------------------

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科 科

2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜日	標榜診療時間帯	予約診察を行う 診療時間帯	予約以外の 診察に従事 する医師又 は歯科医師 の数	予約診察に従 事する医師又 は歯科医師の 数	予約料
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円
曜日 午前 午後	(~) 時 (~) 時	(~) 時 (~) 時			円

注1 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。

注2 枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。