

(別紙様式4)

保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開局時間以外の  
時間における診察等の実施(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・  
保険薬局の  
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)

標榜診療時間・標榜開局時間

曜日	午前	午後	標榜診療時間帯・標榜開局時間帯
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時
曜日	午前	午後	( ) 時 ~ ( ) 時

徴収額 円