

近畿厚生局における保険医等の登録申請に係る連絡票

近畿厚生局事務所等からの登録申請書に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう連絡先を登録願います。

申請年月日	平成 年 月 日	
申請者の氏名・連絡先		
氏名	(フリガナ)	
TEL		
FAX		
勤務（予定）保険医療機関・薬局		
医療機関（薬局）コード		
名称等	法人名	(フリガナ)
	機関名	(フリガナ)
	TEL	(代表)
	FAX	