

該当するものに○をしてください



病院・医科(有床診療所)

施設基準の適合性の確認について (報告)

令和 年 月 日

近畿厚生局長 殿

保険医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

電話番号

—

—

(担当者氏名:

)

(所属部署名:

)

7月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているかご確認の上、次の「ア」または「イ」に○をして、**令和5年7月31日(月)までに郵送にて提出してください。**

また、「イ」に○をした場合は、<要件を満たしていない施設基準名>の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに○

ア

届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。

イ

届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。(なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。)

<要件を満たしていない施設基準名> (記入例) ニコチン依存症管理料

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

イに○をした場合にのみ記入