Ｈ２４改定版

※ＦＡＸ送信の場合、送信票は不要です。

高知事務所　FAX：０８８－８２６－３１１２

【〒780-0870 高知市本町 1-1-3　朝日生命高知本町ビル 9 階　℡ 088 - 826-3116】

医科・歯科・薬局・訪問看護ステーション・施設基準

※上記、該当項目に○を記入願います。

質　問　票

医療機関等名称　：

医療機関等コード　：

担当者氏名　：　　（所属：　　・職名：　　）

電話番号　：　　－　　－　　（内：　　）ＦＡＸ番号　　－　　－

提出年月日　：平成　　年　　月　　日

質問項目　：

（質問項目記載例）「　Ａ－０００　初診料について　」等

質問内容　：下記に詳しく具体的に記載願います。

選別・集計等の都合上、「質問票１枚につき１問」の記入としていただくようご協力願います。