

(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。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関の
所在地及び名称

開設者名

⑩

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) Tel () -

四国厚生支局長 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。