

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診察の実施(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

⑨

(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)

標榜診療時間

曜日	日	標榜診療時間帯
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時
曜日	午前	(~) 時
	午後	(~) 時

徴収額

円