

(別紙様式 7)

う蝕に罹患している患者の指導管理の実施（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)

継続管理の種類	価 格
フッ化物局所応用 (1口腔 1回につき)	
小窩裂溝填塞 (1歯につき)	