定例報告様式送付依頼書

保険医療機関（薬局等）コード		保険医療機関等名称					
区分　（いずれかに○を付ける）	病院	有床診	無床A	無床B	歯科	薬局	訪問看護
担当者氏名							
電話番号							
Fax番号（※郵送の場合は不要）							
住所（※郵送で送付する場合のみ必要）		〒					

依頼内容　（１又は２のいずれかに○を付ける）	１．必要様式の送付	２．必要様式の連絡

保険医療機関等において様式を印刷できない場合は「１．必要様式の送付」に○を付けてください。
様式を印刷できる場合で、必要な様式がわからない場合は「２．必要様式の連絡」に○を付けてください。
「２．必要様式の連絡」の場合は電話等により必要様式をご連絡します。

自由記載欄（その他依頼事項等）