

保険医療機関コード	
-----------	--

(無床診療所用)

令和5年度 施設基準実施状況報告書

(令和5年7月1日現在)

令和 年 月 日

保険医療機関 名称
所在地
開設者名

東海北陸厚生局長 殿

報告書作成担当者名	
TEL() -	FAX() -

* 報告内容に係る照会に対応できる実際の担当者名を記載すること。