（歯科用）

**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。