

平成 年 月 日

平成 30 年度〈介護報酬〉改定質問票

所属郡市医師会		氏 名	
医療機関名		連絡先	TEL () — FAX () —
<p>【質問項目】 (例) 「居宅療養管理指導費」について</p> <p>【質問内容】</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>			

※ 質問内容により、日本医師会等への確認を要する場合もあり、回答にお時間をいただくことがありますので、御了承ください。