

平成 年 月 日

平成 30 年度〈診療報酬〉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) 「再診料」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>			

※ 入院及び施設基準に関する質問につきましては、直接東海北陸厚生局静岡事務所にお問い合わせください。(TEL 054-355-2015・FAX 054-351-3115)

※ 質問内容により、日本医師会、東海北陸厚生局静岡事務所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。