

太枠内を全て記入し、請求時に提出した書類と併せて、郵送、メール(konoda@k-ha.or.jp)又はFAX(045-231-1794)でお送りください。

(別紙1)

診療内容記載用紙

| | | | |
|----------------------|---------|----|--|
| 病院名 | | | |
| 担当者氏名 | | 所属 | |
| 連絡先 (TEL / Email) | TEL : | | |
| | Email : | | |

| 診療科 | | 診療行為 分類区分 | |
|-----------------|--|--------------|--|
| 診療内容 | | | |
| 査定に対する 病院の見解 | | | |

| | |
|---------|------------|
| 事務局取扱番号 | *記入しないで下さい |
| | |

※ ご記入頂きました個人情報及びその他資料は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

※ 頂いたレセプトに回答できない場合もございます。ご了承ください。