

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。