**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)** | T E L：  |
| 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。**