

医療機関コード及び名称登録用紙

____年 ____月分 提出予定

医療機関コード _____

医療機関名称 _____

医療機関住所 〒 _____

医療機関代表者 _____ (印)

医療機関 TEL _____

医療機関 FAX _____

医院情報設定	インスト長