

別添

令和 5 年度外来機能報告

無床診療所 外来機能報告希望受付票

受付日時	月 日 :
医療機関名	
住所	都道府県
連絡先番号	電話 - - FAX - - メールアドレス
担当者名	
医療機関コード	医科 ()
(現時点)	歯科 ()

※令和 5 年 6 月 30 日までに、委託事業者まで提供してください。

○お問い合わせ先
病床・外来機能報告事務局（株式会社三菱総合研究所）
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
【都道府県対応用連絡先】
TEL: 03-6858-3653
Mail: byousyokinou_r5@ml.mri.co.jp

※都道府県専用ですので、上記 TEL と Mail については医療機関に伝えないようお願いいたします。