

## 四條畷市現物給付調査票

下記の項目について、ご回答をお願いいたします。

## 1. 医療機関様について

種別	<input type="checkbox"/> 医 科 <input type="checkbox"/> 歯 科 <input type="checkbox"/> 調 剤
医療機関カナ名	
医療機関名	
医療機関コード	
住所	奈良県
電話番号	
FAX番号（任意）	
メールアドレス（任意）	
ご担当者様氏名	

## 2. レセコンについて

使用の有無	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない	
製品名		
システムメンテナンス会社	会社名	
	電話番号	
	担当者名	

## 3. 現物給付の対応開始について

対応の開始時期	年      月      日より実施
---------	---------------------

## 4. その他、ご意見ご要望などございましたらご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。