|  |
| --- |
| **四條畷市こども支援課あて**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ０７２－８７９－２５９６ |

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 | □　医　科　　　　□　歯　科　　　　□　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 | | □　使用している　　　□　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。**