草加八潮医師会　事務局 行
FAX：０４８－９２４－７１８０
E-mail : soukayashio-med@ab.auone-net.jp

質問用紙　令和４年度 診療報酬改定関係

郡市名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問項目名：
【質問要旨】

※　質問は、会員医療機関→郡市医師会→県医師会→日医→厚生労働省の順になります。

※　日医が厚生労働省へ確認後の回答となりますので、あらかじめご了承下さい。

※　FAX またはメールでの返信となります。　　（事務局使用欄：No.　　）