

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。