

医科新点数 質問用紙

お名前	病医院名	連絡先
(医師・職員)		住所(市町村名):
		電話:
		Fax:
質問内容		
『点数表改定のポイント』: 頁)		
----- 回 答 -----		

※新点数検討説明会以降の点数に関するご質問はFAXにて協会にお寄せ下さい。

長崎県保険医協会：FAX095-825-3893（電話095-825-3829）