

連 絡 表

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定内容変更届出書及び添付書類の内容について照会等がある場合は、下記の連絡先までお願いします。

記

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
連 絡 先	名 称	
	担当者氏名	
	郵便番号	
	住 所	
	電 話	
	F A X	