

連 絡 表

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定更新申請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

| | | |
|-------|-------|--|
| 保険薬局 | 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 | |