

(別紙様式3)

予約に基づく診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

㊞

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科 科

2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜日	標榜診療時間帯	予約診察を行う 診療時間帯	予約以外の診察に 従事する医師の数	予約診察に従事 する医師の数
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		
曜日 午前 午後	(~)時 (~)時	(~)時 (~)時		

3 予約料 円

注 本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。