

(本紙をコピーしてお使い下さい)

送付先 (茨城県医師会)	FAX : 029-243-5071	年 月 日
-----------------	--------------------	-------

電子化代行入力票 (質問票・記録票)・リーフレット送付依頼書
特定健康診査に関する連絡票

医療機関名									
医療機関コード	0	8	1						
所在地	〒								
連絡先 (TEL)	()								
ご担当者氏名	医師・スタッフ								
電子化代行入力票 希望冊数	特定健診入力票 (4枚複写・白色) 1冊15組 (冊)			情報提供入力票 (4枚複写・ピンク色) 1冊20組 (冊)			総括表 1冊20組 (冊)		
特定健診リーフレット 希望枚数	(枚) ※50枚まででお願いいたします。								
備考	発送にお時間をいただく場合があります。余裕をもってお申し込みください。								

伝達事項	実施機関のコード変更や機関情報の変更があった場合は、所定の様式にてすみやかに本会までお知らせください。								
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--