令和4年度診療報酬改定に関する説明会（3月28日）参加申込書

送付先（日衛協本部事務局）：info@jrcla.or.jp

日本衛生検査所協会事務局御中

月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| Zooｍのアドレス送付を希望する貴施設メールアドレス |  |

* 疑義（診療報酬改定に関する疑義がある場合にご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 名称 | 点数 | 質問 |
|  |  |  |  |