診療報酬請求漏れ防止対策研修会

参　加　申　込　書

(令和５年１０月２５日（水）締め切り)

　令和５年　　月　　日

　一般社団法人 兵庫県民間病院協会事務局　あて

　　ＦＡＸ　０７８－２５１－２７７７

　　　　　　（ＦＡＸの送り状は不要です。）

　診療報酬請求漏れ防止対策研修会の参加を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者職・氏名（※参加費用の払込取扱票等の郵送先）

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者メールアドレス

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

　参加者１　職

氏名

　　参加者２　職

　　　　　　　氏名

　　参加者３　職

　　　　　　　氏名

【質疑記入欄】（村上先生からお聞きしたいこと）

|  |
| --- |
|  |

※　いただいたご質問は、原則、講演の中で説明します。