

保険医療機関番号(保険薬局番号)報告書

年 月 日

豊中市長様

保険医療機関番号(保険薬局番号)を報告いたします。

医療機関の所在地	
(フリガナ) 医療機関の名称 (厚生局届出名称)	
保険医療機関番号 (保険薬局番号)	
本報告書についての連絡先 担当者名： 担当者電話番号：	