

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。
令和 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)

標榜診療時間

曜日	日	標榜診療時間帯
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時
曜日	午前 午後	() 時 ~ () 時 ~ () 時

徴収額 円