

長崎県医師会・令和6年度診療報酬改定
質問用紙

今回の診療報酬改定内容等についてのご質問は、本様式にご記入の上長崎県医師会
まで、必ず **Eメール (iryounma@nagasaki.med.or.jp)**、又は、

FAX (095-844-1110) でお送り下さい。

※**可能な限りEメールでお願いいたします。**過去の状況からFAXで頂いた場合には文字が潰れたりし、判読するのに時間を要する事例が多々起きております。

頂いたご質問は、正確を期するため、日本医師会、九州厚生局長崎事務所等へ確認
の上、直接、又は同一の質問多数の場合は本会ホームページ等で回答いたします。

(<http://www.nagasaki.med.or.jp/2024kaitei/index.html>)

ホームページの診療報酬改定関係ページへのアクセスには、ユーザ名 **nagasaki**、
パスワード **8441111** が必要です。)

< 標題：算定名・施設基準名など >

< 内容 >

_____ 月 _____ 日

所属郡市医師会名： _____

医療機関名： _____

ご氏名： _____ 連絡先電話番号： _____

F A X 番 号： _____