**連絡表**

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書及び添付書類の内容について、

照会等がある場合は、下記の連絡先までお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 | 名　称 |  |
| 担　当　者　氏　名 |  |
| 郵　便　番　号 |  |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| Ｆ　Ａ　Ｘ |  |