**鹿児島県保険医協会行き　FAX０９９-２５４-８６６７**

歯科新点数　質　問　用　紙

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名** |  |
| **会員氏名****（※必ずご記入ください）** | **質問ご担当者****（※必ずご記入ください）** |
| **電話** | **ＦＡＸ** |

※回答に必要ですので上記は必ずご記入ください。

**質問内容**

□「2020年改定の要点と解説」の（　　　　　）ページ

□その他　書籍「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」の（　　　　　）ページ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　について

鹿児島県保険医協会