

返信 日本神経治療学会事務局

E-mail jsnt1@kind.ocn.ne.jp

Fax 03-5610-1360

お名前		会員番号(ID)	
御所属			
連絡先 e-mail		記載日	2018年 月 日
電話番号		FAX番号	
案件の対象	新規案件・既存項目 (該当部位に○をしてください)		
	既存項目の場合は下記にご記入をお願いします(不明な場合は空欄でも可)		
コード		(例 D-239-3)	
技術名		(例 神経学的検査)	
ご意見の内容			
情報の提供および資料収集へのご協力 可・不可 (どちらかに○をしてください)			
その他 医療保険委員会に対するご意見・ご要望がございましたらご記入ください			