

休日在宅当番外来急患診療実績表

医療機関名 (_____)

令和____年____月____日分

【受診者数】

内 科 系	
外 科 系	
小 児 科	
耳鼻咽喉科、眼科、 産科他	
合 計	

※休日在宅当番実施月の翌月 10 日までに小郡三井医師会事務局へご報告をお願いいたします。FAX 7 3 - 1 5 5 9