

産科医療特別給付事業
周知帳票に関する調査票

D

送信先FAX番号

別添4

03-5217-2334

○事務連絡「産科医療特別給付事業に関する周知について」(厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室)に基づき、周知に必要なチラシ・ポスター・リーフレットの部数について、ご報告をお願いいたします。

担当者			
団体等名			
部名			
課名			
係名		担当者名	
電話番号	-	FAX番号	-
メールアドレス	@		

郵便番号	-	都道府県	
ご住所 (市区町村・番地)			

請求帳票				
別添	帳票名	サイズ	備考	部数
1	事業案内リーフレット	A4	重度脳性まひの お子様・ご家族に配布	部
2	事業案内ポスター	A2	掲示用	部
3	事業案内チラシ	A4	重度脳性まひの お子様・ご家族に配布	部

※別添1,2,3は「産科医療特別給付事業に関する周知について
(依頼)」(令和7年2月28日付厚生労働省医政局地域医療計画課
医療安全推進・医務指導室事務連絡)をご参照ください。

産科医療特別給付事業専用コールセンター

0120-299-056

受付時間:午前9時半～午後5時(土日祝日・年末年始を除く)