

## 問合せ票

受付番号：	受付日時    H    年    月    日 (    )    :		
	受付者名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
問合せ情報	所 属： _____		
	氏 名： _____		
	TEL： _____ (内線)		
	保険者名： _____		
問合せ内容等			
	添付資料の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無    添付資料名： _____		
	回 答 日： _____    回 答 者： _____		
回答確認			
		回答確認	責任者
問合せ結果分類	問合せ種別： <input type="checkbox"/> 保険者の役割 <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> 調達仕様 <input type="checkbox"/> データ移行 <input type="checkbox"/> その他		
	システム種別： <input type="checkbox"/> 共通基盤 <input type="checkbox"/> レセプト電算 <input type="checkbox"/> 画面審査 <input type="checkbox"/> レセプト管理		
	<input type="checkbox"/> 共同電算 <input type="checkbox"/> 請求支払 <input type="checkbox"/> 外付け機能 <input type="checkbox"/> 他システム (    )		
	業務運用： <input type="checkbox"/> スケジュール <input type="checkbox"/> 仕様 <input type="checkbox"/> 制度・実務 <input type="checkbox"/> その他		
		完了確認	責任者