

年 月 日

品川区長 様

医療機関等名称	
代表者名	
所在地	
電話番号	

医療機関の標榜する診療時間報告書
(コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る参考資料)

標榜する診療時間

日	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
備考	