

大久保病院連携医申込書 (歯科)

平成 年 月 日

歯科医師会

会長 様

住 所	〒										
ふりがな											
医療機関名											
電 話	()										
F A X	()										
ふりがな											
歯科医師名											
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
歯科医籍 登録番号	号 (大・昭・平 年 月 日)										
診療科 (○を付けてください)											
一般歯科 ・ 小児歯科 ・ 矯正歯科 ・ 審美歯科 ・ 口腔外科 ・ 訪問歯科											
(その他)											

大久保病院ホームページの掲載について

- 可 → 医療機関名のみ
 貴院ホームページリンク URL : _____
 不可

大久保病院における地域連携システムの主旨に賛同し、登録の申込みをします。
なお、連携医活動に際しては、大久保病院の諸規程を遵守します。

大久保病院連携医申込書 (歯科)