

登 録 届

愛知学院大学歯学部附属病院
医療連携運営委員会 様

私は、愛知学院大学歯学部附属病院医療連携の趣旨に賛同し、愛知学院大学歯学部附属病院医療連携実施要領に関する運用細則第 2 条に基づき届け出ます。

フリガナ
歯科医師・医師氏名 _____ 印

フリガナ
歯科医療機関名称 _____

歯科医療機関住所 〒 _____ :

保険登録医番号 _____ 歯 _____ 登録年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

T E L (_____) _____

F A X (_____) _____

E-mail _____ @ _____

夜間連絡先 TEL T E L (_____) _____

所属地区名 _____ 歯科医師・医師会 _____ 班

診療科名 _____

個人住所 〒 _____ :

----- 以下 ----- 愛院大歯欄 -----

【医療連携室】

写 真

2 枚

貼り付けないで

同封して下さい。

3 cm×4.3 cm

登録歯科医師・医師番号 _____

登録日（受理日） _____ 年 _____ 月 _____ 日