様式－Ⅰ

年　　月　　日

**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　　　　　　　　　　登録歯科医師・医師番号

　　　　貼り付けないで

同封して下さい。　　　　　　　　　　 登録日（受理日）　　　　　　年　　　月　　　日

3㎝×4.3㎝