

【千葉歯科医療センター医療連携登録制度に関する申し合わせ】

(目的)

第1条 この申し合わせは、医療連携及び医療連携登録制度を充実させ、近隣の地域歯科医師会に所属する医療連携機関とその患者に良質で高度な医療を提供することで、医療連携を推進するとともに近隣の医療従事者との相互研鑽を図ることを目的とする。

(医療機関等の登録)

第2条

登録は、必ず事前に登録をしなければならない。

2 登録名

登録名は、医療機関等名をもって登録する。

3 登録の対象医療機関等

登録できる医療機関等は、千葉県歯科医師会、千葉市歯科医師会、習志野市歯科医師会、印旛郡市歯科医師会、市原市歯科医師会、八千代市歯科医師会、船橋歯科医師会、江戸川区歯科医師会等の地域歯科医師会の会員であることを原則とする。

上記に属さない等の場合には、別途協議のうえ決定する。

4 登録の申請

(1) 登録を行おうとする医療機関等は、「医療連携登録制度登録申請書」によりセンター長に申請する。

(2) センター長は、申請書を審査し、登録を承認するものとする。

(3) 承認された医療機関等は、登録医療機関等の名称、所在地、制度を利用する歯科医師の氏名を登録するものとする。

5 登録証の発行

登録された医療機関等に対しては、医療連携登録証を発行する。

6 登録内容の変更

登録された登録内容を追加・変更する場合は、「医療連携登録制度登録変更申請書」により変更を行うものとする。

7 医療連携登録証の返還

登録が不要となった医療機関は、センター長にその旨申し出をし、医療連携登録証を返還しなければならない。

8 医療連携登録の取り消し

登録医療機関等として品位を損なう行為等があったときは、センター長はその登録を取り消すことができる。

9 登録期間

登録期間は、登録日から令和4年5月31日迄とする。

なお、登録証の返還、取り消しの場合等はこれにあたらぬものとする。

10 登録による特典

(1) 千葉歯科医療センター主催の講演会や研修会等に参加することができる。

(2) 千葉歯科医療センター駐車場を無料で利用することができる。

(3) 図書館を利用することができる。

※個人情報保護法及び秘密保持を遵守致します。

上記の申し合わせに同意し、登録の申請を致します。

【 医療連携登録制度登録申請書 】

1. 所属歯科医師会 _____ 2. 登録歯科医師名(代表者) _____

3. 登録医療機関名 _____ (印)

4. 登録医療機関所在地および連絡先

住 所：〒 _____

T E L： _____

E-mail： _____

登録番号 _____