

「東京歯科大学 千葉歯科医療センター 医療連携登録制度」(ご案内)

当センターでは、地域の医療機関と協力し、患者さんに良質で高度な医療を提供することを目的として、医療連携協力機関の登録制度を設けております。この取組みについてご理解をいただける医療機関におかれましては、「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」をご高覧いただき、「医療連携登録申請書」に必要事項をご記入のうえ、下記、医療連携室まで郵送またはFAXにてお送りください。

【 登録の手順について 】

1. 「東京歯科大学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」をご確認のうえ、「医療連携登録申請書」に必要事項をご記入下さい。



2. ご記入いただいた「医療連携登録申請書」を東京歯科大学千葉歯科医療センター 医療連携室まで郵送またはファックス下さい。



3. 東京歯科大学千葉歯科医療センターにて医療連携登録機関として、ご登録が完了後 下記3点をご送付申し上げます。

- 1) 「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」

登録番号を記載し、コピーをご返送します。本書は、お申込みの証書となりますので、保管して下さい。

- 2) 「東京歯科大学千葉歯科医療センター 医療連携登録盾」(A5サイズ)

* 院内にご掲示するなどご活用下さい。

- 3) 「東京歯科大学千葉歯科医療センター 医療連携登録証」(名刺サイズ・下記参照)

* 図書館・駐車場をご利用の際にご提示ください。

※他にも登録医療機関の皆様には、広報紙「CDC PRESS」の配付、講演会のご案内、口腔がん検診の実施や医療連携協議会を開催し、当センターの情報提供や各種相談、ご意見に対応いたします。

(表面)

Tokyo Dental College	
	医療連携登録証
東京歯科大学 千葉歯科医療センター 医療連携機関	
〇〇〇〇歯科医院 様	

(裏面)

本証をご提示ください。			
◎図書館がご利用になれます。			
◎駐車場を無料でご使用いただけます。			
◎ご同伴者も同様のお取扱いとさせていただきます。			
登録証交付日	年	月	日

— お申込み先・お問い合わせ先 —

東京歯科大学千葉歯科医療センター 医療連携室

〒261-8502 千葉市美浜区真砂1-2-2

TEL 043-270-3279 FAX 043-270-3648