

【 医療連携登録申請書 】

『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』に
同意し、登録の申請をします。

1. ご登録医療機関名

2. ご登録歯科医師名(代表者)

⑩

3. ご登録医療機関所在地、および連絡先

住 所：〒

T E L :

E-mail :