

大久保病院連携医申込書（歯科）

令和 年 月 日

歯科医師会

会長 様

住 所	〒										
ふりがな											
医療機関名											
電 話	( )										
F A X	( )										
ふりがな											
歯科医師名											
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
歯科医籍 登録番号	号 (大・昭・平・令 年 月 日)										
診療科（○を付けてください）											
一般歯科 ・ 小児歯科 ・ 矯正歯科 ・ 審美歯科 ・ 口腔外科 ・ 訪問歯科											
(その他 )											

- C@RNA connect (オンライン予約システム) の登録を希望する
  - 希望する → 希望する場合はメールアドレスを記載：  
\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_
  - 希望しない
- 大久保病院ホームページの掲載について
  - 可 →  医療機関名のみ
  - 貴院ホームページリンク URL：  
\_\_\_\_\_
  - 不可

大久保病院における地域連携システムの主旨に賛同し、登録の申込みをします。  
 なお、連携医活動に際しては、大久保病院の諸規程を遵守します。