

平成 年 月 日

奥羽大学歯学部附属病院院長様

医療機関名 _____

管理者名 _____ (印)

連携保険医療機関の依頼について

当院の運営には、平素からご高配を賜り御礼申し上げます。

さて、歯科診療における医療連携体制充実のため、貴病院を連携保険医療機関に予め依頼し、地方厚生局長に届出をいたしたいと存じます。

つきましては、ご承引くださいますようお願い申し上げます。