

令和 年 月 日

奥羽大学歯学部附属病院長 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、福島社会保険事務局に届出をいたしたく存じます。

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。