

平成 年 月 日

奥羽大学歯学部附属病院

病院長 清野 和夫 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。