

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 _____ ④

連携保険医療機関の依頼について

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あらかじめ
依頼し、東北厚生局（福島事務所）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。

【医療機関情報】

医療機関名	
所在地	
開設者名	
担当者名	
担当者連絡先	電話： FAX： メールアドレス：

※以前に連携申請をしたことがある場合は✓を入れてください ☐

【送付先】〒963-8041

郡山市富田町字三角堂 31-1

奥羽大学歯学部附属病院 医事課