【別紙様式１】

連　絡　先　等

事業計画書の送付時に本票を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ　り　が　な |  |
| 医療機関の名称 |  |
| ふ　り　が　な |  |
| 代表者名（個人又は医療法人等） |  |
| 事業計画書等の内容確認をすることがありますので、照会先を記入してください。 |
| 担当者名 |  |
| 休診の曜日 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話 |  |
| 内線番号 |  |
| FAX |  |
| E-mail | @ |

要配慮者歯科医療等の実施内容

|  |  |
| --- | --- |
| １　要配慮者歯科医療の実施 | 常勤医にて対応・非常勤医にて対応・否 |
| ２　連携先歯科医師会名 |  |
| ３　上記歯科医師会との連携の状況 | 連携中・未・不明 |