

登 録 届

令和 年 月 日

日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院
院長 森 正一 様

所属歯科医師会

会長 ㊟

本会会員より日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院歯科病診連携システムの主旨に賛同し、下記の通り、（ 登録 ・ 登録取消 ）の書類が提出されましたのでよろしくお願ひ申し上げます。

記

登録歯科医 登 録 届
取 消

郵便番号:〒 _____

医療機関所在地: _____

電話番号: _____

F A X 番 号: _____

フリガナ

医療機関名: _____

診療科目名: _____

フリガナ

登録医氏名: _____ ㊟

私は、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院歯科病診連携システムの主旨に賛同し、同実施要綱第5条に従って、（ 登録 ・ 取消 ）します。