

( 様式 1 )

学部長	病院長	事務部長	看護婦長	医事課長	医事課	庶務課	歯科医師会

平成 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院長 殿

私は貴院の病院利用規則に従い次の通り共同診療登録を申し込みます。

### 共同診療臨床医登録申込書

医療機関所在地	〒 -
名称	
申し込み歯科医師名	
開設者	
管理者	
電話番号	
F A X 番号	
摘要	