

別紙様式1

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療システム登録申請書

年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

住 所

医 療 機 関 名

歯科医籍登録番号

氏 名

印

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療システムを利用したいので、
登録を申請いたします。

備考

1 連絡先電話

2 連絡先 FAX

3 E-mail