

別紙様式1

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携インプラント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インプラント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

※ 本申請書に、インプラント講習会受講証明書(写)若しくは補綴コース説明会参加証明書(写)を添付のうえ申請願います。