

歯科往診サポートセンター

登録申込み・変更届 FAX 用紙

申込年月日 令和 年 月 日

地 区 歯 科 医 師 会 名	
歯 科 医 療 機 関 名	
会 員 名	

下記の該当する項目に☑を記入してご返信下さい。

歯科往診サポートセンターへの登録について

☐新規の登録

☐登録内容の変更

☐往診不可

「新規登録・登録内容の変更」と回答された方は、下記 1～3 の該当する項目にご記入ください。

1、患者受け入れについて

☐通院歴がある人のみ受け入れる。

☐希望があれば誰でも受け入れる。

2、処置内容について

☐義歯修理・新製など義歯関連処置のみ対応

☐ほとんどの処置に対応

3、口腔ケアについて

☐対応する

☐対応しない

4、生活保護法に係る指定医療機関ですか

☐はい

☐いいえ

Google フォームからも登録可能です

FAX 番号 086-224-8561

