

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

| 氏 名 | 職 種 名 |
|-----|-------|
|     |       |
|     |       |
|     |       |

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

|     |           |  |
|-----|-----------|--|
| (1) | 名 称       |  |
|     | 所 在 地     |  |
|     | 開 設 者 氏 名 |  |
|     | 歯 科 医 師 名 |  |
|     | 電 話 番 号   |  |

|     |           |  |
|-----|-----------|--|
| (2) | 名 称       |  |
|     | 所 在 地     |  |
|     | 開 設 者 氏 名 |  |
|     | 歯 科 医 師 名 |  |
|     | 電 話 番 号   |  |