

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 | |