



医療法人 川崎病院
地域医療連携室 宛

連携医申請書

川崎病院病診連携の連携医となることを希望します。

■連携医情報

医療機関名	フリガナ
	院長名
郵便番号・所在地	
電話番号	FAX番号
標榜診療科	※ホームページに掲載する診療科は厚生局に届けている診療科となります
重点診療科	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 補綴 <input type="checkbox"/> 心療歯科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> 審美歯科 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 予防歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()
ホームページの有無 (チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> 川崎病院ホームページ からのリンク (チェックを入れて下さい) </div> <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
登録医師名	
専門分野	
訪問歯科内容	<input type="checkbox"/> 口腔ケアのみ <input type="checkbox"/> 義歯作成可 <input type="checkbox"/> 歯科治療可 <input type="checkbox"/> 義歯調整のみ
施設の設備	<input type="checkbox"/> バリアフリー <input type="checkbox"/> 車椅子の患者様受入可能 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	<input type="checkbox"/> 状態の安定している全身疾患のある患者様の一般歯科治療 (外科処置を除く)受入可