

(参考様式12)

協力医療（歯科医療）機関

事業所名			
サービスの種類			
協力医療(歯科医療)機関	名称		
	所在地		
	連絡先		
協力医療(歯科医療)機関の診療科名			
施設からの距離	Km	徒歩 車	分 分
協力医療(歯科医療)機関の契約内容			

(注) 契約書の写しを添付すること。