様式41

**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 |  |