

別紙1

年 月 日

岐阜県知事 様

(申請者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する
「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師
の指定について（申請）

このことについて、次の者を指定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

1 指定希望歯科医師名

2 添付書類

- (1) 歯科医業に従事した経歴を明らかにできる履歴書（別紙2）
- (2) 歯科医師免許証の写し
- (3) 同意書（別紙3）

【問い合わせ先】

所 属：

担当氏名：

電話番号：

（この申請は、医療機関の代表者が行って下さい。）