**沖縄県歯科診療ネットワーク　協力歯科診療所　登録申請書**

沖縄県歯科診療ネットワーク協力歯科診療所への登録について、下記のとおり申請します。

申請年月日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒　　　－　　　　 |
| 歯科診療所名 |  |
| 申請者名 |  |
| 申請者連絡先 | 電話番号：　　　 　－　　　 　　－　　　　　F　A　X：　　 　　－　　 　　　－　　　　　E-mail：　　　　　　　　　＠ |

**FAX 098-996-3562（沖縄県歯科医師会 宛て）**