（参考様式９）

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　　　分  　　　　　　　　　　　車　　　　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。