（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。