

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携インプラント  
システムに関する承諾書

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

私は、滋賀医科大学医学部附属病院地域連携インプラントシステムを利用するにあたり、別紙の実施要項等の事項について承諾します。

医療機関名

住 所

電 話

医師氏名

※ 今回紹介患者様の氏名・生年月日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 生れ

登録医に対する資料提供料（石膏模型等）の振込先をご記入ください。

（本システムへの2回目以降の紹介に際し、前回と振込先に変更が無い場合は、記載を省略してください。）

振込先銀行

銀行名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

預金種目 \_\_\_\_\_ 口座番号 \_\_\_\_\_

口座名義人（ふりがな） \_\_\_\_\_