

神奈川歯科大学附属病院オンライン共同医療システム利用申込書

年 月 日

神奈川歯科大学附属病院オンライン共同医療システムの利用を以下の通り申込みます。

登録医氏名	
希望内容	<input type="checkbox"/> オンライン相談 <input type="checkbox"/> 共同診療
希望日	第一希望： 年 月 日 時 分～ 時 分
時間帯	第二希望： 年 月 日 時 分～ 時 分
希望診療科または病院医	<input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> 歯科麻酔科 <input type="checkbox"/> 画像診断科（歯科） <input type="checkbox"/> 顎・口腔インプラント科 <input type="checkbox"/> 義歯診療科 <input type="checkbox"/> 歯周病診療科 <input type="checkbox"/> デジタル歯科診療科 <input type="checkbox"/> マイクロスコープ診療科 <input type="checkbox"/> 保存・修復診療科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 障害者歯科 <input type="checkbox"/> 全身管理高齢者歯科 <input type="checkbox"/> 相談後に決定したい <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 病院医名（ ）
連絡先	
電話：	FAX：
メールアドレス：	

連絡先メールアドレスに Zoom ID・パスワードをお送りします。