

滋賀医科大学医学部附属病院地域連携顎矯正治療
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顎矯正治療システムを利用
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 _____