

一般社団法人 日本ヘルスケア歯科学会

健康を守り育てる診療所 認証申請書

申請日 年 月 日

申請者 _____

■ 申請のあった診療所には、『患者アンケート』一定期間を限って実施していただきます。

フリガナ 1-1. 医療法人名	1-3. 診療所郵便番号 □□□□-□□□□
フリガナ 1-2. 診療所名	1-4. 診療所住所
1-6. 開設年月日 年 月	1-5. 診療所電話番号 — —

2-1. 医療機関の責任者名および会員番号	2-2. メールアドレス @
2-3. 卒業大学	2-4. 卒業年度 昭和 年 / 平成 年
2-5. 臨床歴 大学等医局員として 年 + 勤務医として 年 + 開設責任者として 年 = 合計 年	
2-6. 学会活動	2-7. 学校歯科医歴
	2-8. 地域医療活動歴

■ 現在の診療所の概況

3-1. 診療ユニット数 台 区別のある場合： ドクター用 台 +DH用 台 + その他 台	3-2. 現在使用中の臨床データ集計用ソフト名（使用開始年） (年本格使用開始)
3-3. 歯科医師数（本人を含む） 常勤 人 / パートタイム 人	3-6. 受付スタッフ数 常勤 人 / パートタイム 人
3-4. 歯科衛生士数 常勤 人 / パートタイム 人	3-7. 歯科助手 常勤 人 / パートタイム 人
3-5. 歯科技工士数 常勤 人 / パートタイム 人	3-8. 上記以外のサポートスタッフ数 常勤 人 / パートタイム 人