

東京都立身心障害者口腔保健センター
所長 高橋 哲夫 殿

オープンシステム利用申請書

このたび貴センターのオープンシステムを利用して、麻酔管理下での歯科治療を実施したく申請します。

□ 治療担当者： 男・女 歳
住所 〒 — —
TEL: — — FAX: — —

□ 所属歯科医師会：

□ 所属医療機関名：

連絡先 〒 — —
TEL: — — FAX: — —

なお、オープンシステム治療の申請にあたり下記の点について同意します。

1. システム利用に際して医療過誤の事例が発生した場合、麻酔および麻酔管理上の問題は東京都立心身障害者口腔保健センターが責任を負いますが、歯科治療上の問題は治療担当者が責任を負います。
2. 診療報酬に関しては、東京都立心身障害者口腔保健センターの収入とします。
3. オープンシステム治療を実施するにあたり、治療の際に知り得た個人情報およびその他の情報について、守秘義務を守り、治療後も含めて他に漏らさないことを約束いたします。

年 月 日

申請者： _____ 印