

意見書

認定番号.....

所属部局.....

氏名.....

上記職員の歯冠修復及び欠損補綴について、金等を必要とした理由はつぎのとおりです。

1. 使用材料

2. 歯冠修復及び欠損補綴の方法

3. 上記1及び2を採用した理由

.....年.....月.....日

所在地.....

電話番号.....

歯科医院の

名称.....

医師氏名.....