別紙2

指定歯科医師指定に係る推薦書

平成　　年　　月　　日

　栃木県知事　様

一般社団法人栃木県歯科医師会会長

　「口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害に関する歯科医師の診断及び意見の取扱いについて」（平成15年1月10日障発0110002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に基づく歯科医師の指定について、以下の者を推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師氏名 |  |
| 従事する医療機関 | （医療機関名） |
| （住所）〒　　　－ |
| 診療科名 |  |