

JSPP会員名簿作成アンケート

現在、JSPPでは新たに会員名簿の作成を予定しております。つきましては御手数ですが、アンケートにご協力いただき、Iの基本情報およびIIの診療内容について記載し、4月30日（月）までに下記FAX番号まで返信ください。

FAX送信先：0532 39 7682（豊橋キッズデンタルクリニック：中野）

なお、エクセルファイル、PDFでメール提出をご希望の方は、JSPPホームページ(jssp.net)にアクセスいただき、文書をダウンロードしてください。

メール送信先：nakano@toyohashi-kidsdental.jp

I. 基本情報

II. 診療内容について

1. 会員名		1. 患者構成	小児の割合として %
2. 生年月日	西暦 年 月 日	2. 標榜科（複数可）	小児歯科・一般歯科・矯正歯科・その他（ ）
3. 診療所名		3. 母親教室の有無	有 ・ 無
4. 診療所 所在地	郵便番号〒	4. 障害児の受け入れ	可 ・ 否
5. 診療所 電話番号	TEL:	5. 駐車場（台）	台
6. 診療所 FAX番号	FAX:	6. ユニット数	台
7. 診療所 E-mail	E-mail:	7. スタッフ構成	Dr. 名、DH. 名、DA 名、受付 名 技工士 名、その他
8. ホームページの有無	有 ・ 無	8. 矯正治療の有無	有 ・ 無
ホームページアドレス		9. 矯正期間	I 期治療のみ ・ II 期治療まで
9. 保険診療の有無	有 ・ 無	10. 月刊小児歯科臨床定期購読	有 ・ 無
10. 日本小児歯科学会種別	会員・専門医・専門医指導医	11. 所属学会、研究会、 スタディーグループ	
11. 診療時間	平日：～：，～： その他（ ）	12. 自由記載欄	
12. 休診日	日曜 木曜 祝日 その他：	例) 個室の有無、キッズルーム、バリアフリー、母子同伴など	
13. 最寄りのバス停・駅			
14. 開業年度	西暦 年		
15. 出身大学	大学		
16. 卒業年度	西暦 年		