

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
光学印象

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものに○)

| | |
|--|-----------------------|
| | CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー |
| | 光学印象 |

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|---------|------|
| | |
| | |
| | |

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

| 氏 名 | 歯科技工所名 |
|-----|--------|
| | |
| | |
| | |

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

| | 概 要 | |
|--------------------------|--------------|--|
| 使用する 歯科用CAD /CAM装置 | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |
| 使用するデジ タル印象採得 装置 | 医療機器承認(認証)番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |
| その他 (特記事項) | | |

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。