

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日									
	<input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日									
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機器	機器名:								
	下顎運動検査機	機器名:								
	咀嚼筋電図検査機	機器名:								
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名									
	人数	_____名								
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	<table border="1"> <tr> <td>歯科衛生士</td> <td>看護師</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	歯科衛生士	看護師						
	歯科衛生士	看護師								
人数	_____名									
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:									
	所在地:									
	保険医療機関名:									
	所在地:									