様式82

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤の歯科医師 | 氏  名 |  | |  | |
|  | |  | |
| 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： | | |
| 歯科矯正を担当する専任の歯科医師 | 氏　　名 | | | | 経験年数 |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| 顎切除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： | | | | |
| 保険医療機関名： | | | | |
| 所在地： | | | | |