様式44の４

歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準届出書添付書類

１　当該療養に係る歯科医師の氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 歯科医師の氏名 | 歯科又は歯科口腔外科の経験年数 | 当該療養の経験年数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機器名 | 備考 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 [記載上の注意]

　　磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）装置を設置していない医療機関にあっては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。