

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

| 常勤歯科医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 |
|-----------|------|------|
|           |      |      |
|           |      |      |
|           |      |      |
|           |      |      |

2 病床数：\_\_\_\_\_床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

|                   | 概 要 |
|-------------------|-----|
| 当直体制              |     |
| 医療機器の<br>保守管理状況   |     |
| 医薬品に係る<br>安全確保の状況 |     |
| その他<br>(特記事項)     |     |

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。