

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準の届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年

2 当該検査に係る機器の保有状況

	概 要	
	歯科用筋電計	医療機器承認/認証番号
製品名		
製造販売業者名		
特記事項		