様式50の２

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー

の施設基準に係る届出書添付書類

光学印象

１　届出を行う施設基準　（該当するものに◯）

|  |  |
| --- | --- |
|  | ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー |
|  | 光学印象 |

　※　「ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

２　当該療養に係る歯科医師の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

３　当該療養に係る歯科技工士の氏名等

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 歯科技工所名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

４　当該療養に係る医療機関の体制状況等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 概　　　　　　要 | |
| 使用する  歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置 | 医療機器届出番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 特記事項 |  |
| 使用するデジタル印象採得装置 | 医療機器承認（認証）番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 特記事項 |  |
| その他  （特記事項） |  |  |

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。