様式74の４

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

**１　当該療養に係る歯科医師の氏名等**

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

**２　設置機器名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般的名称 | 概　　　　　　要 | |
| ＫＴＰレーザ | 医療機器届出番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| ネオジミウム・ヤグレーザ | 医療機器届出番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |
| 色素レーザ | 医療機器届出番号 |  |
| 製品名 |  |
| 製造販売業者名 |  |

　※　特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。