

**有床義歯咀嚼機能検査
施設基準に係る届出書添付書類**

1. 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師 1	
歯科医師名	
経験年数	年
歯科医師 2	
歯科医師名	
経験年数	年
歯科医師 3	
歯科医師名	
経験年数	年

2. 当該検査に係る医療機関の体制状況等

歯科用下顎運動測定器（非接触型）	
医療機器承認/認証番号	
製品名	
製造販売業者名	
特記事項	

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。