様式82

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常勤の歯科医師 | 氏名 |  |  |
|  |  |
| 検査機器の設置状況等 | 歯科矯正セファログラム機器 | 機器名： |
| 歯科矯正を担当する専任の歯科医師 | 氏　　名 | 経験年数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 顎切除等の手術を担当する施設(歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要) | 保険医療機関名： |
| 所在地： |
| 保険医療機関名： |
| 所在地： |
| 保険医療機関名： |
| 所在地： |