

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<br>設置状況等   | 歯科矯正<br>セファログラム<br>機 器 | 機器名：         |  |
| 歯科矯正を担当する<br>専任の歯科医師                                   | 氏 名                    | 経歴(経験年数を含む。) |  |
|  |                        |              |  |
|  |                        |              |  |
|  |                        |              |  |
| 顎切除等の手術を<br>担当する施設<br>(歯科矯正を担当する<br>施設と同一の場合は<br>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：                   |              |  |