

手術用顕微鏡加算 歯根端切除手術の注 3	の施設基準に係る届出書添付書類
-------------------------	-----------------

## 1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	手術用顕微鏡加算
	歯根端切除手術の注 3

## 2 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

## 3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
手術用顕微鏡	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	（該当するものに○を記入） <input type="checkbox"/> 自院で撮影  <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影
連携医療機関	名 称
	所在地
	名 称
	所在地
	名 称
	所在地
	名 称
	所在地

※ 「3」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「3」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。