

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

| |
|--|
| |
|--|

2 当該療養に係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 手術に用いる主たる材料

| 一般名称 | 医療機器の製品名(規格等) |
|------------|---------------|
| 歯周組織再生誘導材料 | ・ ・ ・ |