顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法		和				
の規定に基づく指	□平川	戓	年		₹	_日
定を受けた年月日	□ 令	和				
		科 矯 正 ァログラム 器	機器名:			
検査機器の 設置状況等	下顎機	運動検査器	機器名:			
	咀 筋 電 機	嚼 筋 ③ 図 検 査 器	機器名:			
 歯科矯正を担当す	氏					
る専任の 常勤歯科医師	名					
	人数			'		名
		歯	科衛生士		看	護師
	氏	歯	科衛生士		看	護師
専従の	氏	歯	科衛生士			護師
専従の 常勤看護師又は	氏名	歯	科衛生士		看	護師
		歯	科衛生士		看	護師
常勤看護師又は	名	歯	科衛生士			
常勤看護師又は		歯	科衛生士		看	i護師 名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設	名人数	歯	科衛生士		看	
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を	名人数	逐療機関名:	科衛生士		看	
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する	人数保険医	逐療機関名:	科衛生士		看	
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は	名 人数 保険 所在地	逐療機関名:	科衛生士		看	
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は	名 人数 保険 所在地	療機関名: 注: 整療機関名:	科衛生士			