う蝕歯無痛的窩洞形成加算 手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出を行う加算	(該当する	るものに())				
	う蝕歯	う蝕歯無痛的窩洞形成加算					
	手術時歯根面レーザー応用加算						
2	標榜診療科						
Г							
L							
3	当該療養に係る歯	耐科医師の					
	歯科医師の	氏名		経歴(約	経歴(経験年数を含む。)		
4	設置機器名						
•	一般的名称			 概	 要		
		F + 144 B		1976			
	エルビウム・	医療機器の製品名					
	ヤグレーザー	設置年月日					
	罹患象牙質	医療機器の製品名					
	除去機能付						
	1.— +* —		-				

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日(当該届出を行っている場合のみ記載)

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

年 月 日
