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	□昭	和					
の規定に基づく指			年	月_		日	
定を受けた年月日	□平月	戓					
		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 ② 検 査 器	機器名:				
	rr.						
歯科矯正を担当す	氏						
る専任の 常勤歯科医師	名						
	人数			•			名
		—————————————————————————————————————	斗衛生士		ā	手護師	
	氏		斗衛生士			手護師	
専従の		歯	斗衛生士		Ā	手護師	
専従の 常勤看護師又は		歯	斗衛生士		<u></u>	言護師	
	氏	歯	斗衛生士		Ā	雪護師	
常勤看護師又は	氏名	歯	斗衛生士		ā		h
常勤看護師又は	氏	歯和	斗衛生士		1		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	氏 名 人数	歯科 歯科	斗衛生士		Ā		<u>名</u>
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	氏 名 人数 保険医	·療機関名:	斗衛生士		<u></u>		<u>名</u>
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	氏 名 人数	·療機関名:	斗衛生士		Ā		<u>名</u>
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	氏 名 人 保 所	·療機関名:	斗衛生士				<u>名</u>
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	氏 名 人 保 所	·療機関名:	斗衛生士		, A		<u>名</u>