

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

1 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。) |
|---------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2 設置機器名

| 一般的名称 | 概 要 | |
|-------------------|----------|--|
| K T P レーザ | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| ネオジミウム・ ヤグレーザー | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| 色素レーザー | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。