

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

| | | | |
|--|---------------------------|--------------|--|
| 常勤の歯科医師 | 氏 | | |
| | 名 | | |
| 検査機器の 設置状況等 | 歯 科 矯 正 セファログラム 機 器 | 機器名： | |
| 歯科矯正を担当する 専任の歯科医師 | 氏 名 | 経歴(経験年数を含む。) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要) | 保険医療機関名： | | |
| | 所在地： | | |
| | 保険医療機関名： | | |
| | 所在地： | | |
| | 保険医療機関名： | | |
| | 所在地： | | |