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:
	氏 名	経歴(経験年数を含む。)
歯科矯正を担当す る専任の歯科医師		
顎切除等の手術を 担当する施設	保険医療機関名:	
(歯科矯正を担当する		
施設と同一の場合は記入不要)	所在地∶	
	保険医療機関名:	
	所在地:	
	 保険医療機関名: 	
	所在地:	