

## 顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		____年____月____日	
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機	機器名:			
	下顎運動検査機	機器名:			
	咀嚼筋電図検査機	機器名:			
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名				
	人数	_____名			
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師		
	人数	_____名			
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記入不要)	保険医療機関名:				
	所在地:				
	保険医療機関名:				
	所在地:				