

| | |
|-------------------------|-----------------|
| 手術用顕微鏡加算 歯根端切除手術の注 3 | の施設基準に係る届出書添付書類 |
|-------------------------|-----------------|

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

| | |
|--|-------------|
| | 手術用顕微鏡加算 |
| | 歯根端切除手術の注 3 |

2 当該療養を実施す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。） |
|---------|--------------|
| | |
| | |
| | |

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

| | 概 要 |
|---------------------------|---|
| 手術用顕微鏡 | 医療機器届出番号 |
| | 製品名 |
| | 製造販売業者名 |
| 歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影 | （該当するものに○を記入） <input type="checkbox"/> 自院で撮影 <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影 |
| 連携医療機関 | 名 称 |
| | 所在地 |
| | 名 称 |
| | 所在地 |
| | 名 称 |
| | 所在地 |
| | 名 称 |
| | 所在地 |

※ 「3」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「3」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。