

## 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・<br>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。