

**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：		