

様式 50 の 2

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
光学印象

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 (該当するものに○)

	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
	光学印象

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概 要	
使用する 歯科用 CAD ／CAM装置	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項
使用するデジ タル印象採得 装置	医療機器承認（認証）番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項
その他 (特記事項)	

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。