

精密触覚機能検査の施設基準の届出書添付書類

1 歯科医師名と当該検査に係る研修を受講した受講歴等

| 講習名（テーマ） | 当該講習会の主催者 | 受講年月日 | 受講者名（歯科医師名） |
|----------|-----------|-------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

・当該検査に係る研修の受講を確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

2 当該検査に係る機器の保有状況

| | 概 要 | |
|--------------------------------------|----------|--|
| Semmes-Weinstein monofilament set | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |