顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

┃障害者総合支援法		和					
の規定に基づく指	□平川	成	年		月	日	
定を受けた年月日	□ 令	和					
		科 矯 正 ァログラム 器	機器名:				
検査機器の 設置状況等	下顎機	i 運動検査 器	機器名:				
	咀 筋 電 機	嚼 筋 ② 検 査 器	機器名:				
 歯科矯正を担当す	氏						
る専任の 常勤歯科医師	名						
	人数			1			名
		歯	斗衛生士		君	計護師	
	氏	歯	科衛生士		君	手護師	
専従の	氏	歯	斗衛生士		君	言護師	
専従の 常勤看護師又は	氏名	歯	斗衛生士		才	i護師	
		歯	斗衛生士		才	養師	
常勤看護師又は	名	歯	科衛生士		才		生
常勤看護師又は		歯	科衛生士		才		名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を	名 人数	歯種 歯種 を	斗衛生士		才		名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設	名 人数		科衛生士		· ************************************		名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する	名 人数	₹療機関名:	斗衛生士		1		<u></u>
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設	人数保険医	₹療機関名:	科衛生士 		1		名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は	名 人数 保険 所在地	₹療機関名:	科衛生士		1		<u></u>
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は	名	療機関名: 監療機関名:	科衛生士 		· ************************************		名
常勤看護師又は 常勤歯科衛生士 顎離断等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は	名 人数 保険 所在地	療機関名: 監療機関名:	4衛生士		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		名