

## 様式 82

## 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		経験年数
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:		