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：