

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注 3
の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	(該当するものに○を記入) <input type="checkbox"/> 自院で撮影 <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影	
連携医療機関	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	
	名 称	
	所在地	

※ 「2」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「2」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。