

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

| 常勤歯科医師の氏名 | 診療科名 | 経験年数 |
|-----------|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2 病床数：_____床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

| | 概 要 |
|-------------------|-----|
| 当直体制 | |
| 医療機器の 保守管理状況 | |
| 医薬品に係る 安全確保の状況 | |
| その他 (特記事項) | |

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。