

様式 50 の 2

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー 光学  
印象

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

<input type="checkbox"/>	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
<input type="checkbox"/>	光学印象

※ 「CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー」及び「光学印象」の両方の届出を行う場合は、両方に○を記載すること。

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	歯科技工所名
井坂 克彦	株式会社 アトム
多田 一志	株式会社 アトム
佐藤 義紀	株式会社 アトム

※歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士名のみ記載すること。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要	
使用する 歯科 CAD /CAM装置	医療機器届出番号	①13B2X00022000089    ②11B3X10041000003 ③26B1X10008000044    ④22B3X10006000020
	製品名	①オートスキャンDS200+SHINING3D    ②エクスマイルEXM-5S    ③ペ レリア4Xミリングマシン    ④ローランドDWX-50
	製造販売業者名	①ペントロンジャパン株式会社    ②モディアシステムズ(株)    ③ 株式会社ニッシン    ④ローランドDG株式会社
	特記事項	設置場所    株式会社 アトム ATOM CAD/CAM CENTER 1F
使用するデジ タル印象採得装 置	医療機器承認（認証）番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

※デジタル印象採得装置については、光学印象の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。