

赤枠部分のご記入をお願い致します

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
歯科医師氏名と経歴をご記入下さい。	
経歴は歯科医院の開設年数 もしくは 補綴診療の経験年数のいずれかをご記入下さい。	

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 ATOM CAD/CAM CENTER
多田 一志	株式会社 アトム ATOM CAD/CAM CENTER

※歯科技 歯科技工担当者と使用機材です。お渡しする用紙の記載内容が最新の情報です。(弊社情報記入済) 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

	概 要	
使用する 歯科用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ペレック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) 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	
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 光学印象の申請を提出される場合はこちらの欄もご記入下さい。使用する口腔内スキャナーの情報をご記入下さい。記入内容は各メーカーカタログ記載 または ご購入ディーラーにてご確認ください。(CAD/CAM冠・インレーの施設基準申請のみの場合は空欄で構いません)