

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○)

	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
	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
歯科医院の先生のお名前と経歴の記入をお願いいたします。 経歴は「 <u>歯科医院の開設年数</u> 」「 <u>補綴診療の経験年数</u> 」のいずれかをご記入ください。	

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
堀 裕彦	株式会社 杏友会
伊藤 嘉保	株式会社 杏友会

※歯科技工士 弊社の製作担当と使用機材になります。
 記入例とお送りする用紙の記載内容が異なる場合がありますが、お渡しする用紙は最新の内容となっておりますので、ご安心ください。

4 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	① 15B1X10001290003 ② 22B3X10006000020 ③ 22B3X10006000021 ④ 13B1X10118000026
	製品名	① デンタススキャナー SC3 ② DWX-50 ③ DWX-51D ④ インラボ MCX-5
	製造販売業者名	① クレリタケデンタル株式会社 ②③ ローランド DG株式会社 ④ デンツプライシンロ株式会社
	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)	光学印象の申請を提出される際はこちらのご記入をお願いいたします。 (CAD/CAM冠・インレーの施設登録申請のみの場合空欄で問題ありません。)	

※デジタル印象採得装

院内で使用している口腔内スキャナーの情報をご記入ください。
 記入項目につきましては、ご購入いただいたディーラー様へご確認をお願いします。