

記入見本

様式50の2

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)
利井府 一郎	〇〇大学歯学部 〇〇年〇〇月卒業 経歴年数〇〇年

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
菅原 淳	株式会社 LEAP
仲野 晴美	株式会社 LEAP

3 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 CAD : 27B1X00041000885 ② CAD : 26B2X10018000040 ③ CAM : 22B3X10006000020
	製品名	① CAD : 3Shape3D スキャナ D800 ② CAD : FREEDOM-HD ③ CAM : 歯科用CAD/CAMマシン DWX-52Dci
	製造販売業者名	① CAD : 大信貿易株式会社 ② CAD : デンケン・ハイデンタル株式会社 ③ CAM : ローランドディー. ジー. 株式会社
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

ご記入いただきましたらコピーを2部とり、各地方厚生局へ正副2通ずつ郵送してください。

ご記入いただいた原本は、お客様控えとして保管してください。