様式50の２

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー

の施設基準に係る届出書添付書類

光学印象

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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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 |
| 南山　誠 | 有限会社 ケイディエル |
| 南山　誠 | 合同会社 神奈川歯研 |
|  |  |

※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 |
| 使用する歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置 | 医療機器届出番号 | ①17B2X10001001685②22B3X10020000101 |
| 製品名 | 1. ﾓﾃﾞﾙｽｷｬﾅｰT310 ②歯科用CAD/CAMﾏｼﾝ　DWX51D DGSHAPE
 |
| 製造販売業者名 | 1. 株式会社歯愛メディカル　②DG SHAPE 株式会社
 |
| 特記事項 | 1. CAD装置　 ②CAM装置
 |
| 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。