

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

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
小林 明日香	有限会社協和デンタル・ラボラトリー

※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	① 27B1X00041000410 ②13B1X00155000202
	製品名	①3shapeD2000 スキャナー ②Aadva Mill LW-I
	製造販売業者名	① 大信貿易株式会社 ② 株式会社ジーシー
	特記事項	① CAD 装置 ② CAM 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。