

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経歴(経験年数を含む。) |
|---------|--------------|
| | |
| | |
| | |

2 当該検査に係る医療機関の体制状況等

| | 概 要 | |
|----------------|----------|--|
| 歯科用下顎 運動測定器 | 医療機器認証番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |
| グルコース 分析装置 | 医療機器届出番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |

※「2」の歯科用下顎運動測定器及びグルコース分析装置については、医療機器認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。