

様式 50 の 2

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー  
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
土井 明人	ディーテック
植村 沙織	ディーテック

※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	①26B3x10020000002 ②22B3x10020000106
	製品名	①DOF エッジ ②DWX-4
	製造販売業者名	①デンケンハイデンタル株式会社 ②DGSHAPE 株式会社
	特記事項	①CAD 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。