

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準の届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

| 歯科医師の氏名 | 経験年数 |
|---------|------|
| | 年 |
| | 年 |
| | 年 |

2 当該検査に係る機器の保有状況

| | 概 要 | |
|--------|-------------|--|
| 歯科用筋電計 | 医療機器承認/認証番号 | |
| | 製品名 | |
| | 製造販売業者名 | |
| | 特記事項 | |