

歯科矯正症例申立書

1 歯科矯正症例数等

(1) 歯科矯正臨床従事期間

自 年 月
至 年 月 (計 年 か月)

(2) 歯科矯正症例数 件

2 歯科矯正症例 (直近 5 症例)

症 例 ①	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 (歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ②	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 (歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ③	実施医療機関名	
	初診日 (初診時年齢)	年 月 日 (歳)
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	

症 例 ④	実施医療機関名	
	初診日（初診時年齢）	年 月 日（ 歳）
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	
症 例 ⑤	実施医療機関名	
	初診日（初診時年齢）	年 月 日（ 歳）
	裂型	
	現症	
	診断	
	治療方針	
	治療経過	

上記に相違ありません。

年 月 日

医療機関名

歯科医師氏名

（署名又は記名押印をしてください）