口蓋裂の歯科矯正の症例に関する証明書

　　　　　　　　　　　　　指定申請医療機関名

　　　　　　　　　　　　　主たる担当医師名

主たる担当医師の歯科矯正の症例数

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 症例数概要 |  | 診断名 | 患者年齢 | 治療期間 | 治療法 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名