

診療実績記録提示症例リスト 〔認定委員会後回収：嚴重管理〕

申請者氏名 _____ 印

番号	貴医院の 症例番号	患者氏名	性別	治療開始 年齢	主訴 (特徴)	診断名 (咬合分類)	抜歯 (部位) 有無	使用装置 治療術式	治療期間
1				y m					y m
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(注) 一般症例、口唇裂口蓋裂、その他に分類する必要はない。