（別　紙７）

歯科矯正症例証明書

医療機関名

氏名

**1. 口蓋裂の歯科矯正症例数等**

(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. 口蓋裂の歯科矯正症例**（直近５例以上）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 口蓋裂の歯科矯正臨床内容 | | | |  |  |
|  |
| 実施した医療機関 | 実施の年 | 初診時  年齢 | 診断名 | 治療方針 | 治療経過 |
| 症例① |  | 年 |  |  |  |  |
| 症例② |  | 年 |  |  |  |  |
| 症例③ |  | 年 |  |  |  |  |
| 症例④ |  | 年 |  |  |  |  |
| 症例⑤ |  | 年 |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  | |

　※　記入上の注意

　　１．症例については主として治療した臨床実績を記入してください。

　　２．実施した医療機関が複数に及ぶ場合は、それぞれの機関の長等により証明を受けてください。

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