

診療実績報告書

1. 診療に従事した施設

所在地：〒

TEL

施設名：

2. 診療内容 (複数の施設で行った場合、それぞれ施設の報告書を記載してください。)

- | | |
|---|-------|
| a) 顔面骨骨折観血的整復術 | () 件 |
| b) 顔面骨の骨切り移動術 | () 件 |
| c) 顔面への骨・軟骨移植術 | () 件 |
| d) 頭蓋骨形成術 | () 件 |
| e) 頭蓋・顔面軟部組織の広範なもしくは主要部位の
欠損, 損傷, 変形に対する再建手術 | () 件 |
| f) 顔面骨格の美容外科手術 | () 件 |

以上相違ありません。

西 暦 年 月 日

申請者署名_____