（別紙４）

**歯科矯正（口蓋裂）症例概要書**

臨床実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  期　　　　　間 |  治療回数 |  医　療　機　関　名 |
|  症例１ |  　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |
|  症例２ |  　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |
|  症例３ |  　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |
|  症例４ |  　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |
|  症例５ |  　　　年　　月～　　　年　　月 |  |  |

　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称、所在地

 歯科医師名

　　　　　　　　　　　　　　　上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名