(様式　９)

診療実績報告書

１．診療に従事した施設

　　　　所在地：〒

　　　　　　　　℡

　　　　　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