

## 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<br>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\_\_\_\_\_