

施設名

<input type="checkbox"/> チェック1	(様式B-01) 実施施設更新申請用紙 ※押印箇所に押印漏れが無いかな
<input type="checkbox"/> チェック2	(様式B-02) 実施施設年次報告書 ※押印箇所に押印漏れが無いかな
<input type="checkbox"/> チェック3	(様式B-03) エキスパンダー症例報告書 合併症がある場合は合併症の内容と転帰まで記載しているか
<input type="checkbox"/> チェック4	(様式B-03) エキスパンダー症例報告書 症例の無い場合は左のチェックボックスにチェックをしているか
<input type="checkbox"/> チェック5	(様式B-04) インプラント症例報告書 合併症がある場合は合併症の内容と転帰まで記載しているか
<input type="checkbox"/> チェック6	(様式B-04) インプラント症例報告書 症例の無い場合は左のチェックボックスにチェックをしているか
<input type="checkbox"/> チェック7	(様式B-05) 施設代表実施医師履歴書 ※押印箇所に押印漏れが無いかな
<input type="checkbox"/> チェック8	(様式B-06) 実施施設内容説明書 実施医師登録をしている者を漏れなく記載しているか (実施医師登録をしていないものの名前は記入しないこと)
<input type="checkbox"/> チェック9	(様式B-07) 実施施設変更届 ※変更のあった場合のみ提出
<input type="checkbox"/> チェック10	(様式B-08) エキスパンダー経過観察報告書 2014年～2015年に手術をして2016年に合併症が発生した場合は合併症の内容と転帰を記載しているか
<input type="checkbox"/> チェック11	(様式B-08) エキスパンダー経過観察報告書 症例の無い場合は左のチェックボックスにチェックをしているか
<input type="checkbox"/> チェック12	(様式B-09) インプラント経過観察報告書 2014年～2015年に手術をして2016年に合併症が発生した場合は合併症の内容と転帰を記載しているか
<input type="checkbox"/> チェック13	(様式B-09) インプラント経過観察報告書 症例の無い場合は左のチェックボックスにチェックをしているか
<input type="checkbox"/> チェック14	更新審査料振込の領収書(コピー)
<input type="checkbox"/> チェック15	本チェックリストの同封 ※申請者氏名欄への記入と、全てのチェックボックスにチェックが入っているか