静菌義歯・臨床協力申請書

申請日：西暦 年 月 日

申請区分		☐ 新規 ☐ 内容変更 ☐ 再申請 ☐ その他 ( ) 該当するものに☑をしてください					
依頼者	医院名						
	所在地	〒					
	代表者名						
	電話・FAX	電話	FAX				
	Mail						
患者 情報	氏名・性別	☐ 男 ☐ 女					
	生年月日・年齢	西暦	年	月	日	満年齢 ( ) 歳	
	補綴部位	☐ 上顎 / ☐ 下顎	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
(注意事項) 臨床協力症例に限り欠損歯数が9～13歯、もしくは総義歯であること。 糖尿病やがん治療患者で静菌義歯による口内環境の改善が必要と思われる理由について「申請理由」欄にご記入ください。糖尿病の場合には血糖値などについてもご記入してください。							
申請理由							
承認番号							

申請日と太枠内の必要事項を記入して静菌義歯・スタティックデンチャー研究会までご提出ください。

提出方法:メール添付もしくはFAX送信 ※個人情報につき誤送信にご注意ください。