

日本矯正歯科学会認定医更新用症例報告申込書

演題名

所 属

氏 名

連絡先

資料について

患者性別： _____ 初診時年齢： _____ 歳 か月

動的治療期間： _____ 年 か月 保定期間： _____ 年 か月

(動的治療終了日： _____ 年 月 日) (認定医取得または更新日：

_____ 年 月 日)

	術前	動的治療終了時	動的治療終了後2年以上
	歳 か月	歳 か月	歳 か月
顔面写真	有・無	有・無	有・無
模型	有・無	有・無	有・無
口腔内X線写真	有・無	有・無	有・無
セファログラム	有・無	有・無	有・無

症例および治療に関するコメント (200字程度)
