

CTスキャナー撮影申込書

登録番号	
医院名	
医師名	
TEL番号	
FAX番号	
撮影患者 氏名、生年月日	
撮影モード (モードをお選びください)	<input type="checkbox"/> パノラマモード <input type="checkbox"/> インプラントモード <input type="checkbox"/> デンタルモード 撮影部位

撮影希望日時

第1 希望: 年 月 日

第2 希望: 年 月 日

(なお、撮影データはCD-Rにて後日郵送させていただきます。)

わかまつ歯科

FAX 0299-24-1184

