

CT撮影依頼書

Fax:097-504-7706

貴医院名	
担当歯科医師名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
Email	@
フリガナ	
患者氏名	
患者電話番号	
部位	
ステント	あり ・ なし
撮影モード	<input type="checkbox"/> スタANDARD <input type="checkbox"/> エンドモード <input type="checkbox"/> 3Dセファロ <input type="checkbox"/> その他
術後撮影	要 ・ 不要
その他	

平成 年 月 日

医療法人AUN あべ歯科クリニック

〒870-1132 大分県大分市大字光吉890-1
電話番号 097-504-7955
FAX番号 097-504-7706