

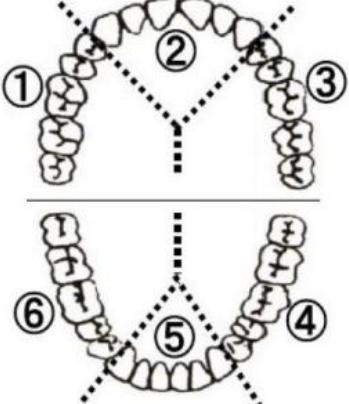
生体造形モデル申込書

年 月 日

ふりがな		性別	西暦 年 月 日
患者様氏名		男女	(歳)
住所	〒		
TEL		携帯	

※ゴム印可

医院名			
医師名			
医院住所	〒		
TEL		FAX	

【データ送付方法】 DICOMデータのコピーを、 CDまたはUSBメモリに入れてご送付ください	
製作部位	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> その他() ※製作希望の部位に全てチェックしてください。
造形モデル料金	<input type="checkbox"/> 樹脂製 1/6顎 5,500円 (税込) 全顎 33,000円 (税込) ※製作希望の方をチェックしてください。 ※顎顔面の広範囲に制作の場合、相談の上、 別途料金となります。
	

その他ご依頼内容	
----------	--



医療法人社団 峰生会
 メディコデンタル CTセンターTM
 ポーン ラボラトリ

〒252-0344

神奈川県相模原市南区古淵2-16-9 リバーストーン202
 フリーダイヤル: 0120-304-663
 FAX: 042-776-7897
 URL: <https://www.medicocjt.jp/>