

デミックモダンインプラントセンター御中

申込日 平成 年 月 日

CTスキャナー撮影申込書

私（当医院）は、撮影医院登録済みでありますので、今回下記患者につき歯科用CTスキャナー撮影1回（1、2モード）を申し込みます。

つきましては撮影可能日時を至急ご連絡ください。

| | |
|------------------------|--|
| 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。)

デミックモダンインプラントセンター

FAX 06-6533-4881