

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

## 登録医院申込書

私（当医院）は、貴インプラントセンターにおける歯科用CTスキャナー撮影利用登録  
医院制度に申し込みます。

|         |  |
|---------|--|
| 医院名     |  |
| 医師名     |  |
| 医院住所    |  |
| TEL番号   |  |
| FAX番号   |  |
| メールアドレス |  |

### 撮影方法

|          |         |                    |
|----------|---------|--------------------|
| A：単独撮影   | 1回 2モード | 金 30000 円/回（消費税別途） |
|          | 1回 1モード | 金 18000 円/回（消費税別途） |
| B：年間契約撮影 | 1回 2モード |                    |
|          | 1ヶ月3人まで | 金 50000 円/月（消費税別途） |
|          | 以降      | 金 15000 円/回（消費税別途） |

デミックモダンインプラントセンター

FAX 06-6533-4881

### センター記入欄

|      |  |
|------|--|
| 登録NO |  |
|------|--|