

CT登録医院申込書

私(当医院)は、貴クリニックにおける歯科用CTスキャナー撮影利用
登録医院制度に申し込みます。

撮影方法	
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又はB)	A: 単独撮影 B: 年間契約撮影

A: 単独撮影	1回 1モード	18,900円/回(消費税込)
	1回 2モード	31,500円/回(消費税込)
B: 年間契約撮影	1回 1又は2モード	
	1ヶ月3人まで	52,500円/月(消費税込)
	4人目以降	15,750円/回(消費税込)

石井歯科クリニック

FAX 086-272-7541

クリニック記入欄

登録NO	
------	--