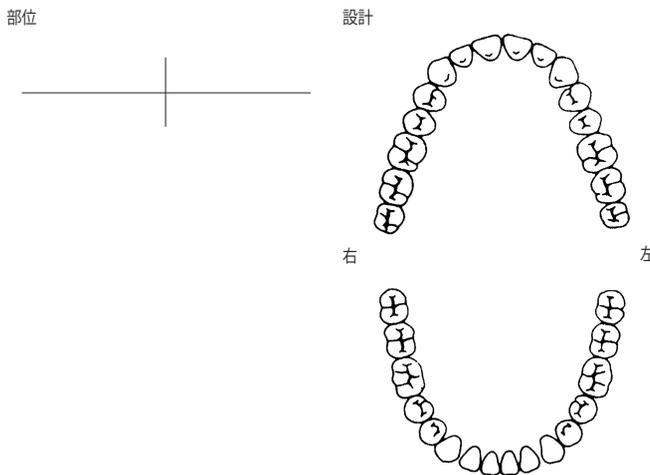


発行日 年 月 日

医院名

回収 伝票 検品 納品

患者名 性別 年齢 予約品 補綴物 材料 (Zirconia, Metal) 色調 歯冠色 支台色



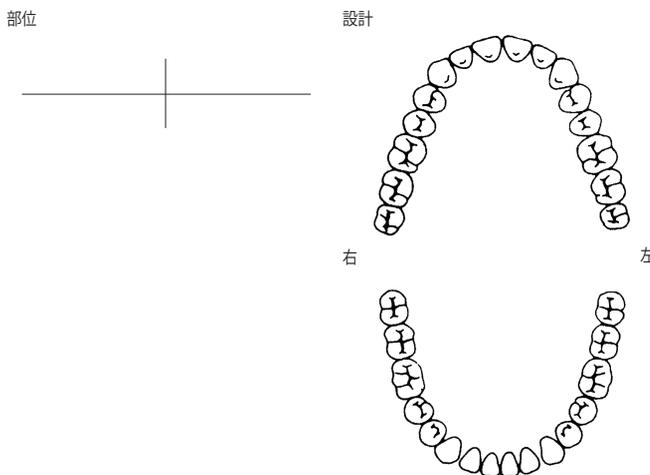
Dr. 印

発行日 年 月 日

医院名

回収 伝票 検品 納品

患者名 性別 年齢 予約品 補綴物 材料 (Zirconia, Metal) 色調 歯冠色 支台色



Dr. 印