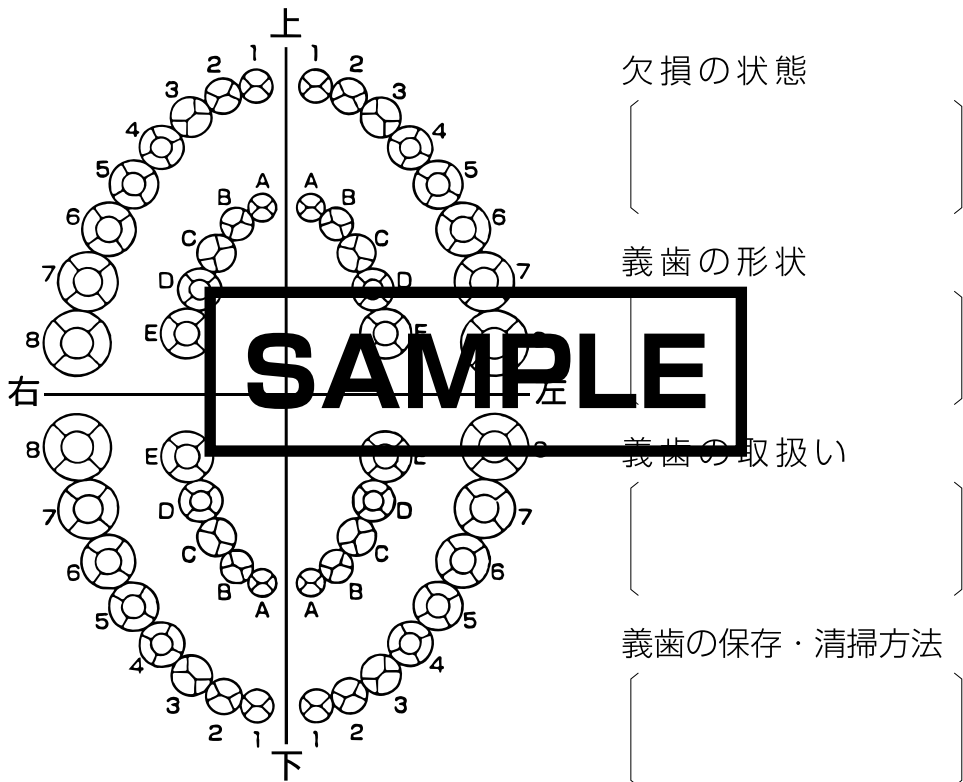


新製義歯指導 説明書

年 月 日

様



保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医師氏名

アスクルデンタルクリニック

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0 タツミビル1F
TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

鈴木 健太

