

実物大臓器立体モデル発注書

病院名

診療科

ご担当医師名

e-mail

患者様名

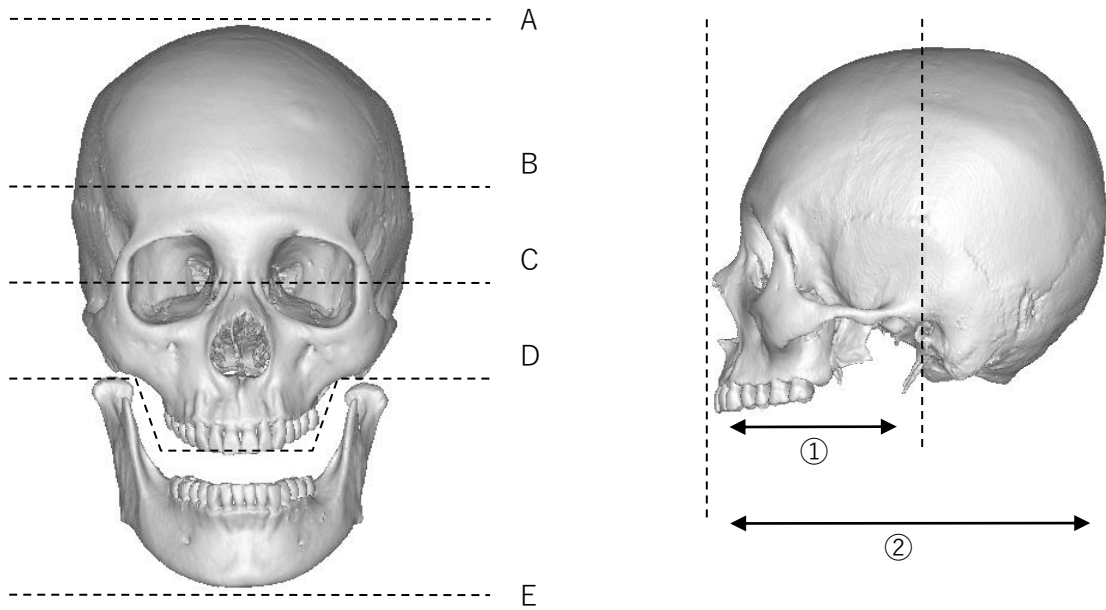
発注日

希望納期

使用予定日

年 月 日 年 月 日 年 月 日

モデル製作範囲



ご要望記入欄

上下顎（ 一体 or 分離 ） 上顎のみ 下顎のみ 下顎補強バー

記入例 C~E ① 上下顎分離 又はコード記入 J-1 L-1

傷病名及び目的 特に関心領域をお知らせください。

202105



株式会社アヘッドラボラトリーズ
〒104-0045 東京都中央区築地6-22-3ウィンド築地Ⅱビル5階
TEL 03-6228-4188 FAX 03-6228-4597
担当 井出達也 email: tatsuyaide@ahead-lab.com