

Form C

邦訳別紙

※外国語で記載されている部分のみ翻訳してください。

傷病名	
-----	--

歯科治療	患歯部位	素材、その他
初診料		
レントゲン検査		
抜髄		
抜歯		
充填		
インレー		
金属冠		
継続歯		
ジャケット冠		
ブリッジ		
有床義歯		
局部義歯		
総義歯		
歯槽膿漏処置		
投薬		
その他		

翻訳者

住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

氏名

印

※署名または記名・押印

電話番号

\_\_\_\_\_