

- Itemized Rceipt (Dental) 領収明細書(歯科)

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	
V	IV	III	II	I		I	II	III	IV	V	

Date 日付: _____ Signature 署名 _____

様式B-2（歯科） 翻訳

(6) その他

治療した歯の部位と治療の種類

治療材料に金、白金の使用有無

(11) 齒冠繼續齒

欠損歯を補綴した場合とその部位と種類

翻 訳 者

住所

氏 名

電話番号

印