

保証書

NO. _____

発行年月日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

様

自費診療分

部位 _____

内容 _____

担当医 _____

リコール（定期検診）をお忘れなく！

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再	リ 修 再

医療法人社団 池田会
池田歯科クリニック