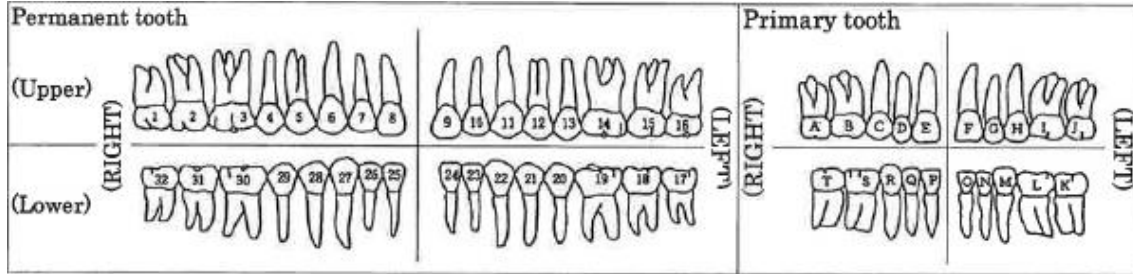


翻 訳 文 (様式 C)

歯科診療内容明細書

患者氏名 _____



治療の分類

歯の番号 文字等	診 察 の 明 細 レントゲン撮影、予防措置、使用材料なども含む	日 付			治療費
		月	日	年	
合 計					

翻訳者氏名 _____ 印

翻訳者住所 _____ 電話 _____

翻訳言語 _____

翻訳年月日 _____ 年 月 日