

生体模型製作依頼書

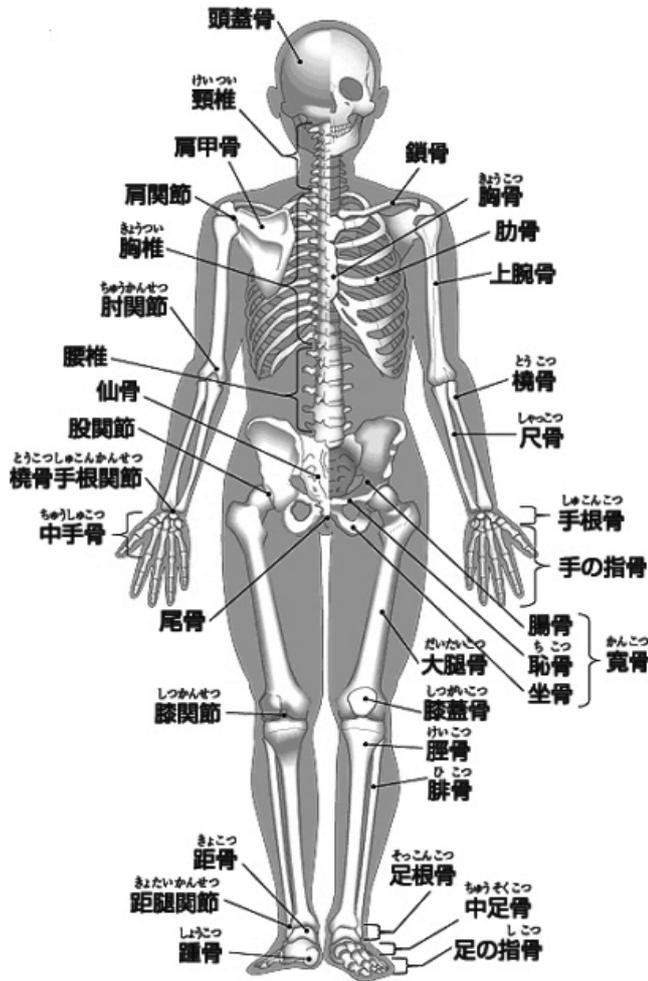
受付日 (H 年 月 日)

| | | | | |
|------|----------|------|----------|------------|
| ご発注日 | 平成 年 月 日 | 希望納期 | 平成 年 月 日 | (発送日 月 日) |
|------|----------|------|----------|------------|

* 受付日、及び発送日は記載しないでください。(当社記載欄)

| | | | | | |
|------|---|-----|------|--------|--|
| 医院名 | | 住所 | 〒 | | |
| ご担当者 | 印 | | TEL: | FAX: | |
| 依頼模型 | | 患者名 | | E-MAIL | |

必要な模型の範囲を○で囲い詳細を記入してください。



◎ コメント(どの部分が特に必要か目的などを含め具体的にご記入ください)

3D撮影時の注意事項

- ◎ 撮影時は必要な箇所を重点的に鮮明に反映されるようお願いします。
- ◎ 医科用CTでの撮影はスライスピッチをできるだけ細かくお願いします。

模型のご依頼・郵送先 株式会社 UPTRUST

FAX 06-6927-7706

〒534-0023 大阪市都島区都島南通 1-14-4 TEL 06-6927-7645