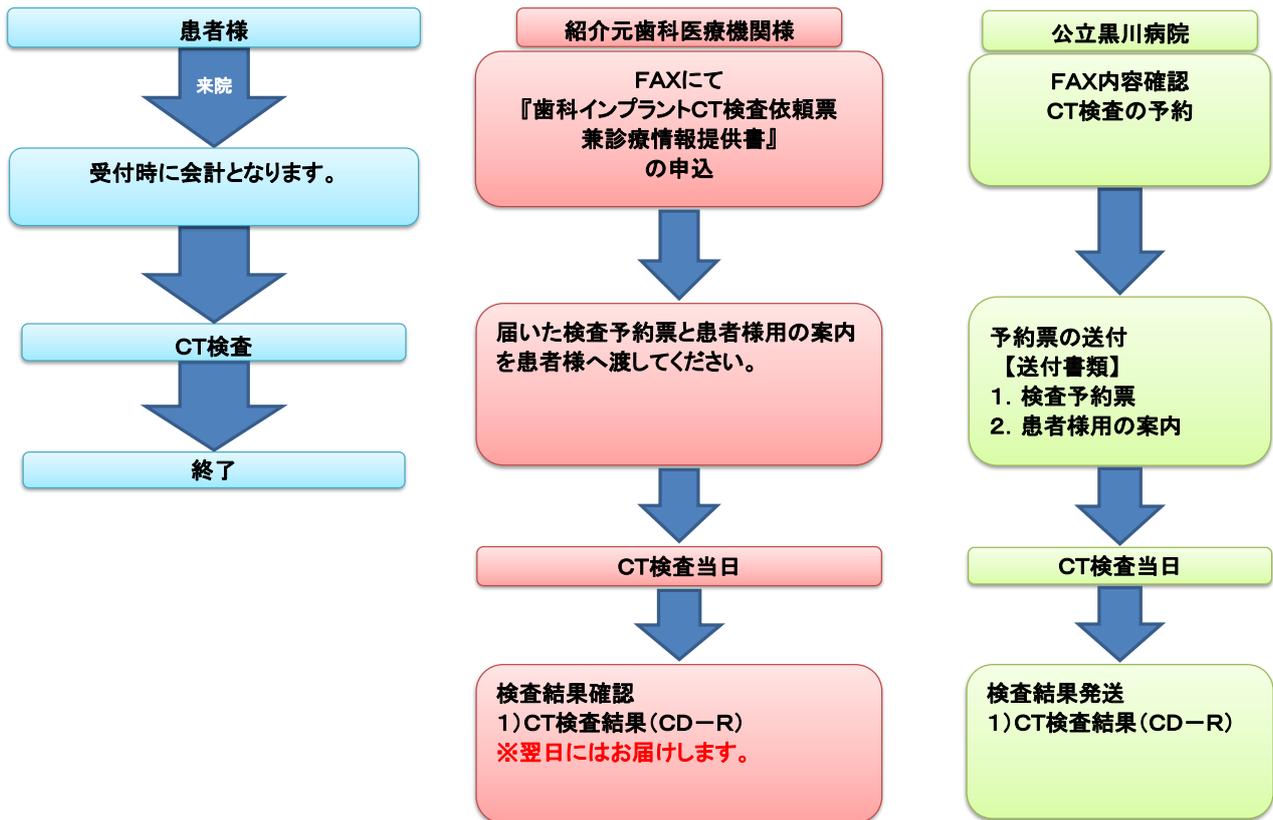


歯科インプラントCT検査の流れと請求について



	負担額	支払い場所
患者様	【10割】15000円	公立黒川病院
歯科医院様		



令和5年6月

公立黒川病院 地域連携室
☎ 022-345-3101
担当 佐藤 亜紀子・宮澤 玲子