



※機器サイズは仮設定となります

PROJECT 〇〇〇〇 クリニック PROJECT NUMBER K384 SCALE 1/100 TITLE PLAN _1
 ADDRESS 埼玉県さいたま市北区 〇〇〇〇

顧客承認欄
 上記確認の上、承諾しました
 2023年 9月 15日

DATE 2023/10/12



SUBMIT NUMBER 01 DRAWING NUMBER K384