_____ CHIROPRACTIC – PAGE 1

DAY_____ DATE_____/_____/_____PREP BY _____

	FILE#	PATIENT	SERVICES	PYMT	TYPE	CHARGE
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

TOTAl $_____