

歯 科 技 工 指 示 書

美秀歯科医院

〒000-0000 000市000区000町0000

TEL/FAX:000-000-0000

歯科技工所名

発行年月日

年

月

日

患者名

才 男
女

セット日

月

日

AM

PM

使用材料

納品日

月

日

AM

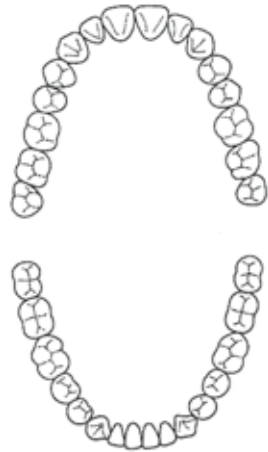
PM

その他 ()

(設計)

(補綴名, 部位, 作成方法)

(備考)



右	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	左
	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	