

歯科技工指示書

No.

医院名 住 所 担当医	発注技工所名 美秀デンタル 〒000-0000 ○○○市○○○区○○○町00-00-0 TEL. 06-6301-1185 携帯. 090-0000-0000
-------------------	--

発行年月日	年 月 日	印象日	年 月 日
保 險	自 費	セッ日	AM・PM 時 分
完 成	試 製	再 理	

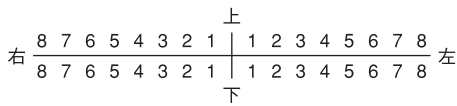
患者名	様 男・女 歳
-----	---------

預り品	対合歯・バイト・トレー()個・模型・咬合器()・人工歯前()・メタル()g 白()
-----	---

補綴物名	金 12%Pd ・ シルバー ・ PGA 属 その他()	単冠・連結 有髓歯・無髓歯
------	----------------------------------	------------------

設計/指示事項

部位



SHADE

