

歯 科 技 工 指 示 書

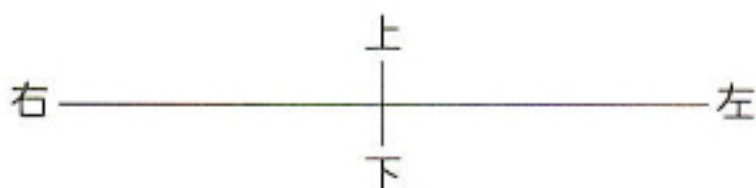
医院名/住所	技工所名 <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> 立川デンタル ラボラトリー </div> TEL 090-2418-2678
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

患者名	フリガナ 様	男・女 歳	<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 健保
-----	-----------------	----------	------------------------------------------------------------

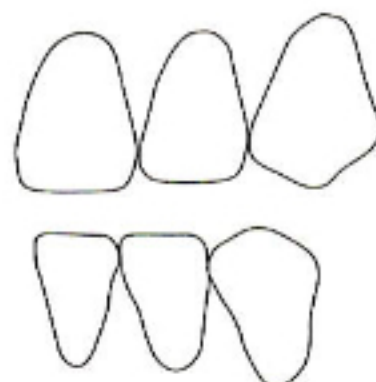
発行年月日	年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 試適 <input type="checkbox"/> 完成 担当Dr.
セット日時	年 月 日 () AM・PM 時 分	

製作物	<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連結 <input type="checkbox"/> 有髄歯 <input type="checkbox"/> 無髄歯	使用金属 g
-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------

設計・部位



色調



指示事項