

技工指示書 (保険・自費) (試適・完成)

医院名

Dr.

患者名

男・女

才

発注日

年 月 日

セット日

月 日 時 分

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

(連結・単冠)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

(フルベイク・ベニヤ)

インレー(単・複)・コア・FCK・HR・TEK・個人トレー・
MB・オールセラミックス・インプラント・ハイブリッド
(特記事項)

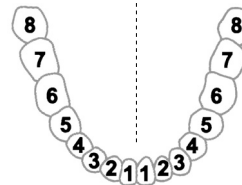
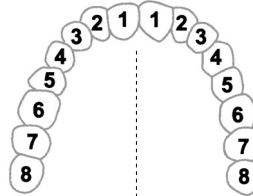
使用金属

12%Pd・Ag・セミプレ・プレシャス・その他()

* 預かり品

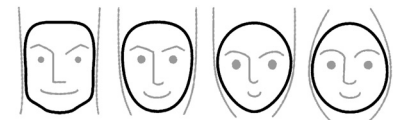
模型・対合歯・バイト・印象・咬合器・人工歯・フェイスポー・
インプレッションポスト(本)・スクリュー(本)・
ラボアナログ(本)・アバットメント(本)・
メモリーカード・CD・写真・参考模型

<指示追加及び技術関連事項>



◎技工士からの電話連絡
(必要・必要なし)

SHADE



DENTAL LABO **ASSIST1**

〒121-0064 東京都足立区保木間3-32-4

TEL●03-3883-0118 FAX●03-3883-0348

営
業

技
工
士

検
印