

# 歯科技工指示書

No.

医院名 住 所 担当医	発注技工所名 <b>美秀デンタル</b> 〒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	完 成	試 製
		再 適	修 理
セット日		年 月 日	時 分
		AM・PM	

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( ) 臼( )・メタル( )g
-----	---

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
------	----------------------------------	------------------

