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

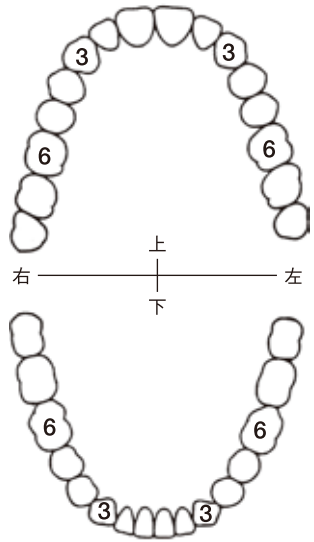
発行年月日　　年　月　日	印象日　　年　月　日
保険 / 自費　完　試　再　修 成　適　製　理	セット日　年　月　日 AM・PM　時　分

患者名　　様　男・女　歳

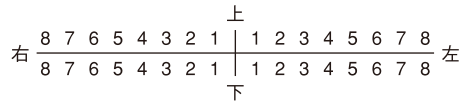
預り品　対合歯・バイト・トレー（　）個・模型・咬合器（　）・人工歯　前（　）臼（　）・メタル（　）g

補綴物名		金属	12%Pd ・ シルバー ・ PGA その他（　）
			単冠 ・ 連結 有髄歯 ・ 無髄歯

設計/指示事項



部位



SHADE