

技 工 指 示 書

医 院 名	担当Dr.	発 注 日	年 月 日
患者氏名	男・女 (才)	試 適 日	/ AM : PM :
		セ ッ ト 日	/ AM : PM :

金属 Pd・ﾌﾟﾚｼﾞｽﾞ・ｾﾐﾌﾟﾚｼﾞｽﾞ ・ Ag・18K その他()	シェード
--	------

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

製作種類 MB その他()

預り品 対合歯 (有・無) バイト (有・無) その他()



ケースデンタルクリエイト
〒352-0032 新座市新堀1-5-38
TEL 042-494-4649