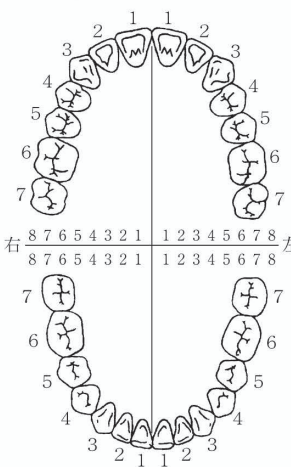


技工指示書

※送りの場合は12時前後の
技工物の到着となります。

発行医療機関名 住所 歯科医師名		発行年月日		年	月	日	曜日
		納入日		午後		時	
患者名 様()歳		男	※アポイントは納品後にお願い致します				
		女	患者様来院予定日				
				月	日	時	
歯 冠 修 復				有 床 義 歯			
コア・インレー・アンレー・ $\frac{1}{5}$ MC・FMC Br・前装MC・CADCAM冠・HJC・ミヤビ冠 ジルコニア・FMZ・e.max・MB ハイブリッド冠 (メタル有・無)				レジン床・熱可塑性レジン床・シリコン裏装 金属床 (コバルト・チタン)			
				ノンクラスプ A I			
		樹脂	AIデンチャー・CIデンチャー・AIオールクリア				
シェード () 連冠・単冠 支台歯 (メタルコア・レジンコア・歯質)		タイプ	床タイプ(補強線 有・無)・金属床・チタン床 メタルプレートタイプ(メタルup 有・無)				
材 料	12%金パラ・銀合金・ゴールド (k) ・レジン歯・硬質レジン歯			
設計 作製方法			自費	保険	BT・TF・メタルTF・仕上 設計・修理・その他 ()		
							
ありがとうございます							
預り品	対合歯型・バイト・スタディモデル・(既・個)トレー・咬合器・人工歯・写真・メモリー等・送り箱・ブラケース						
受注者	〒800-0353 福岡県京都郡苅田町尾倉4378-8					受付	製作担当
(有) K.dental		TEL 093-435-3580			FAX 093-435-0358		