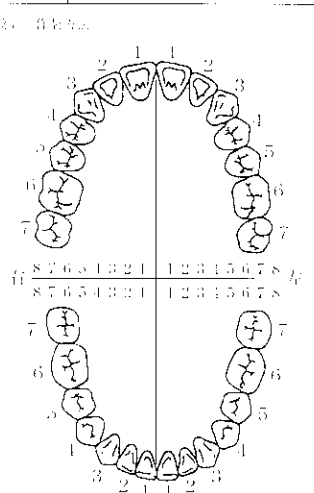


# 技工指示書

※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 月 日 午後 時	
患者名 様( )歳		男女 男 女	
		※アポイントは納品後をお願い致します	
		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・MC・FMC BF・前装MC・CAD/CAM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 AI	
シェード( ) 連冠・単冠 支台歯(メタルコア・レジンコア・歯質)		樹脂	AIデンチャー・CIデンチャー・AIオールクリア
		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	
		自費	保険
		B年・T年・メタルT年・仕立 設計・修理・その他	
ありがとうございます			
預り品	対応歯型・バネ・マルモ・1既・個:レ・・咬合器・人工歯・写真・USB等・送り箱・ブレース・インゴット		
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	