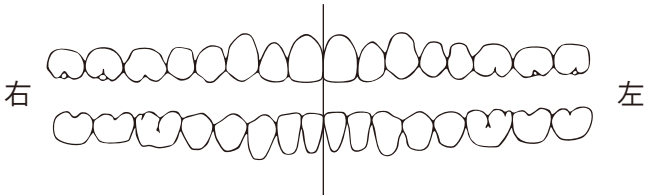


技工指示書
(歯冠補綴)

歯科医院名		発行年月日 年 月 日						
住所		歯科医師署名						
患者名	男・女 (才)	セット日 年 月 日 時 分						
製作物	金属材料	試 適			完成			
		適合確認	フレーム	ジルコニア フレーム		WAX 歯冠色	ビスケット	
咬合面	メタルカラー	フルカパー	単冠・連冠	模型	バイト	トレー	その他	シェード
メタル ZR	陶材 レジン	有	ボ・レ					VITA その他 No.
<p>設計</p> 								
監 査				担当営業				

委託歯科技工所

株式会社 コアデンタルラボ横浜

〒233-0007 神奈川県横浜市港南区大久保 1-5-26
TEL 045-840-0811 FAX 045-840-0813

この技工指示書は歯科医院医院控えとして保管をしてください

必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください

FAX番号 **045-840-0813**

FAX番号はお間違いのないように送信してください。誤って弊社以外へFAXされた場合は、弊社では責任を負いかねますので、予めご了承ください

株式会社コアデンタルラボ横浜