

# 歯科技工指示書

No. \_\_\_\_\_

## アスクルデンタルラボ

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0

タツミビル1F

TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

医院名	担当歯科医師 記入押印又は署名
医院住所	

患者名	男・女 才	発注日 年 月 日	納入日 / :
-----	----------	--------------	------------

内容	金属
----	----

シェード	その他
------	-----



預り品	<input type="checkbox"/> 対合歯 ( <input type="checkbox"/> プラ <input type="checkbox"/> 参考歯 ) <input type="checkbox"/> トレー <input type="checkbox"/> シェードガイド ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----	---

