

歯科技工指示書

○医院名/住所/担当医

受付 R 年 月 日

納期 月 日 AM
PM :

患者名

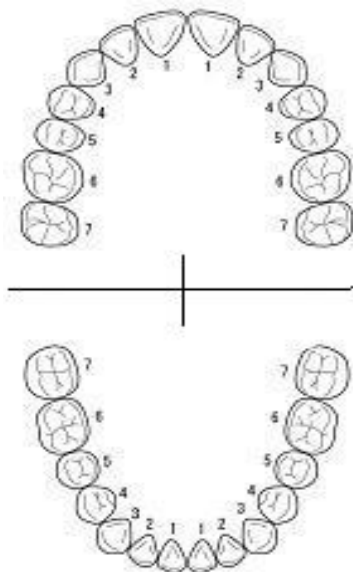
様 男・女 才

○製作物

○使用材料

○シェード

〈 指示事項 〉



預かり品：対合歯・バイト・トレー・咬合器・その他

(株)K-Netデンタル

〒142-0042 東京都品川区豊町6-21-3

TEL:03-5749-4446 FAX:03-5749-4448

e-mail:k-net@wind.ocn.ne.jp