


# 歯科技工指示書

歯科医院 控

医院名／住所	発行年月日 年 月 日
	<b>セット日</b> 月 日 AM 時 分 PM 時 分
患者名 男 ・ 女 様 才	
ハイブリットCAD/CAM冠 部位 	シェード・色調 L T A-1 A-2 A-3 A-3.5 A-4 B-3 ブロックサイズ ( )
〔支台歯〕 <input type="checkbox"/> 生活歯 <input type="checkbox"/> メタルコア <input type="checkbox"/> レジンコア <input type="checkbox"/> その他	
〔加工内容〕 <input type="checkbox"/> 全加工完成 <input type="checkbox"/> Wスキャン&ミリング <input type="checkbox"/> ミリング <input type="checkbox"/> 再製作	
〔指示事項〕	
〔技工所名／住所〕	〔受注・納品方法〕 <input type="checkbox"/> 宅配便利用 <input type="checkbox"/> 直接
協伸デンタルCAD/CAMセンター 〒389-0802 長野県千曲市大字内川1301-5 TEL.026-214-3256 FAX.026-214-3257 e-mail▶dental@kyoshin1971.co.jp	