

(自費)

# 歯科技工指示書

発行日	年	月	日	セット日	月	日	AM PM	:			
病院名 _____				患者名 (フリガナ) _____					様		
<input type="checkbox"/> ジルコニアポーセレン築盛 <input type="checkbox"/> ジルコニアフルクラウン <input type="checkbox"/> ジルコニアインレー <input type="checkbox"/> ラミネート <input type="checkbox"/> e-max クラウン <input type="checkbox"/> e-max インレー <input type="checkbox"/> MBポーセレン <input type="checkbox"/> チタンアバット <input type="checkbox"/> ジルコニアアバット <input type="checkbox"/> バリオベース				<input type="checkbox"/> スクリュー固定 <input type="checkbox"/> CADチタンFMC <input type="checkbox"/> CADコバルトFMC <input type="checkbox"/> ハイブリッドクラウン <input type="checkbox"/> ハイブリッドインレー <input type="checkbox"/> PMMAアクリルレジン <input type="checkbox"/> プロビジョナルテック <input type="checkbox"/> TUMクラウン <input type="checkbox"/> TUMインレー <input type="checkbox"/> TUMノンクラスプデンチャー				<input type="checkbox"/> 金属床 <input type="checkbox"/> インプラントジグ <input type="checkbox"/> ガム模型 <input type="checkbox"/> リムーバルノブ <input type="checkbox"/> 連結 <input type="checkbox"/> 単冠 (支台情報) 天然歯支台 (明・暗) <input type="checkbox"/> メタルコア <input type="checkbox"/> ファイバーコア			
バイト		試適			仕上			シェード			
部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
(指示事項)											

**デンタルラボ 真**  
 岩元 一真  
 鹿児島県鹿屋市向江町17-12  
 TEL/FAX 0994-41-1201