


歯科技工指示書

医院名	Dr. 名
患者名	才 男・女
指示日	SET日
年 月 日	月 日 時 分

材 料	人工歯	レジン歯・陶歯	色
	金 属	白金加金・金合金 (K)・Pd・S・他()

指示事項	一 般 ・ 保 険		
			
	<table border="1"> <tr> <td>メタル量</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">g</td> </tr> </table>	メタル量	g
メタル量			
g			

発注技工所名	有限会社 関根デンタルスタジオ
〒192-0045 八王子市大和田町6-10-26 TEL/FAX 042(642)2660	