


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
	
	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