

歯科技工指示書

No. _____

医院名 / 住所

発注技工所名

Smile Design Lab

[代表] 歯科技工士

株式会社カリス

若井 友喜

〒615-0902 京都市右京区梅津神田町50-4KNビル

TEL・FAX 075-275-3731

e-mail t-wakai@rb4.so-net.ne.jp

自費

健保

患者名

(フリガナ)

男 ・ 女

様

才

発行年月日

年 月 日 ()

試適 完成

セット日時

年 月 日 ()
AM ・ PM 時 分

担当Dr.

製作物

単冠

連結

使用金属

預り品

有髄歯

無髄歯

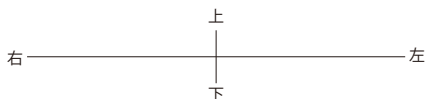
g

インプラントメーカー名とサイズ

色 調

補綴予定部位

設計・部位



指示事項