

# 歯科技工指示書

自費  保険 No.

医院名/住所/Phone

発行年月日

年 月 日

セット日

月 日 時 分

フリガナ  
患者名

様 男・女 才

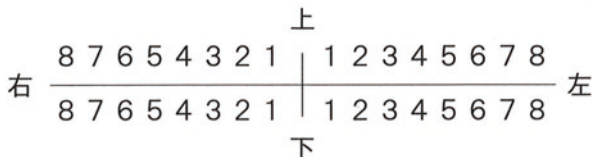
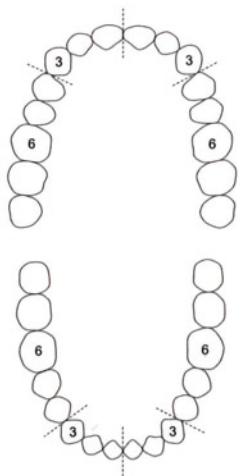
製作物名

CAD/CAM冠

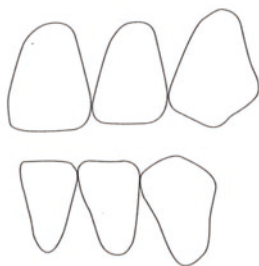
使用金属

預り品

## 【設計・部位】



【SHADE】



## 【指示事項】

発注  
技工  
所名

### 栄補綴研究所

〒460-0004  
名古屋市中区新栄町1-3 日丸名古屋ビル3F  
TEL.052(972)6166 FAX.052(951)2013  
E-mail. sakae-hotetsu@rhythm.ocn.ne.jp