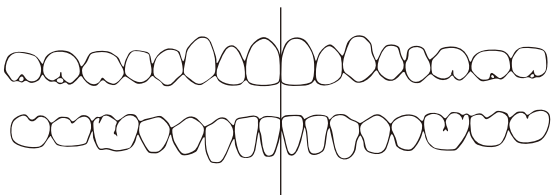


IOS 専用 技工指示書 (歯冠補綴)

歯科医院名 住所 TEL		歯科医師 署名 発行年月日 年 月 日	
患者名	男・女 (才)	セット日 月 日 時 分	
製作物 <input type="checkbox"/> ジルコニアセラミック Cr / PFZ <input type="checkbox"/> フルジルコニア / Zr 単体 <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> In / On <input type="checkbox"/> PMMA クラウン <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> シェル 2ピースタイプ (チタンベース使用) <input type="checkbox"/> GeoMedi <input type="checkbox"/> 純正 () <input type="checkbox"/> Ti カスタムアバットメント <input type="checkbox"/> ユニバーサルアバットメント <input type="checkbox"/> 純正 () <input type="checkbox"/> 既成アバットメント <input type="checkbox"/> e.max (CAD) <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> In / On <input type="checkbox"/> (保) CAD/CAM インレー <input type="checkbox"/> その他 製作物		素材 完成 <input type="checkbox"/> 試適 適合確認 <input type="checkbox"/> メタル <input type="checkbox"/> ジルコニア <input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> 形態確認 PMMA <input type="checkbox"/> 歯冠色 WAX <input type="checkbox"/> ビスケット 製作シェード <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A3.5 その他	咬合面 <input type="checkbox"/> ZR <input type="checkbox"/> 陶材 <input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連結
		<input type="checkbox"/> スクリューリテイン <input type="checkbox"/> セメンティング 使用スキャンボディ(必ずご記入ください) <input type="checkbox"/> GeoMedi <input type="checkbox"/> その他()	
※インプラントメーカー、種類、径サイズは部位ごとにご記入ください			
右  左		預かり物 3D アナログ Ti ベース メディア その他	
営業担当	監 査	3D 模 ~6 3D 模 7~ 3D 副歯 ホール加工 接着 ジグ	
委託歯科技工所		株式会社 コアデンタルラボ横浜	
		〒233-0007 神奈川県横浜市港南区大久保 1-5-26 TEL 045-840-0811 FAX 045-840-0813	

CDL2301

この技工指示書は歯科医院控えとして保管をしてください

必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください

FAX番号 045-840-0813

FAX番号はお間違いのないように送信をお願いします。

株式会社コアデンタルラボ横浜