

歯科技工指示書

記入日	年	月	日	設計	<input type="checkbox"/> パターン	<input type="checkbox"/> データ
患者氏名				年齢 (歳) 性別 男 ・ 女		
歯科医院名						
住所						
歯科医師名			TEL :		FAX :	
歯科技工所名						
住所						
二次委託歯科技工所			合同会社ベレッツァミリングセンター 〒621-0001 京都府亀岡市旭町樋ノ口88 TEL : 0771-21-1058 FAX : 0771-23-3978			

【指示内容】

部位	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8
----	-----------------	--	-----------------	-----------------	--	-----------------

技工物の種類				
	単・連	材料	焼結	
<input type="checkbox"/> コーピング <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> インレー/アンレー	<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連結	ジルコニア <input type="checkbox"/> ホワイト <input type="checkbox"/> TL-ホワイト <input type="checkbox"/> TL-V <input type="checkbox"/> TL-MV <input type="checkbox"/> TL-A1 <input type="checkbox"/> TL-A2 <input type="checkbox"/> TL-A3 <input type="checkbox"/> MT-A0 <input type="checkbox"/> MT-A1 <input type="checkbox"/> MT-A2 <input type="checkbox"/> MT-A3 <input type="checkbox"/> MT-A3.5 <input type="checkbox"/> MH-A0 <input type="checkbox"/> MH-A1 <input type="checkbox"/> MH-A2 <input type="checkbox"/> MH-A3 <input type="checkbox"/> MH-A3.5 <input type="checkbox"/> MH-V <input type="checkbox"/> MH-MV <input type="checkbox"/> HT-ホワイト <input type="checkbox"/> HT-V <input type="checkbox"/> HT-MV <input type="checkbox"/> HT-A0 <input type="checkbox"/> HT-A1 <input type="checkbox"/> HT-A2 <input type="checkbox"/> HT-A3 <input type="checkbox"/> HT-A3.5	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		PMMA	<input type="checkbox"/> ミディアムアイボリー <input type="checkbox"/> ライトアイボリー	
		WAX	<input type="checkbox"/> グリーン	
		その他		

チタンアバットメント

システム名 :	サイズ :	加工システム :
()	()	(BEGO ・ BELLEZZA)

送付物： パターン 模型 ガム その他 ()

備考欄

受付日時 (弊社記入欄) 年 月 日 () 時

※ ご自身でお控えとしてコピーをお取りになり、保管くださいますようお願いいたします。