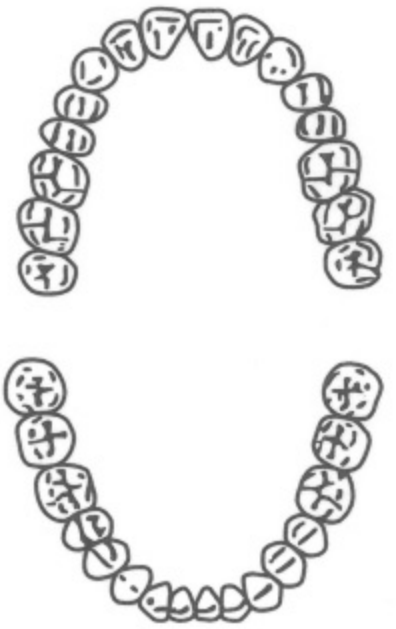
# 歯科技工作成指示書 No.

| | | |
|---|---|---|
| 発　注　先　　様 | | 患者名 |
| 発行年月日　　年　月　日 | | |
| 納品日時　　月　日　時　分 | | |
| 補綴物種類 | | |
| 金属種類 | g | (　　)才　男・女 |
| 色調 | 健保・自費 | |
| 試適・完成 | 連結・単独 | |
| チェックバイト　有・無 | 対合　有・無 | |



| 担当者 | |
|---|---|


株式会社 ランスデンタル office

〒542-0061　大阪府大阪市中央区安堂寺町1-3-13　藤本ビル5F

E-mail　lance.dental.office@gmail.com　　TEL･FAX 06-4305-4080