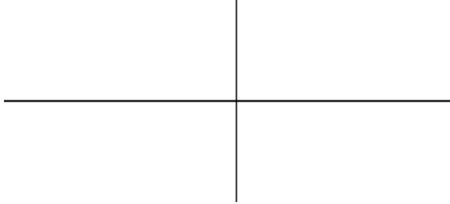


歯科技工指示書

医院名・技工所名：住所	患者名 <div style="text-align: right;">(才)</div>
	発注日 月 日
担当医	患者様セット日 月 日 AM <div style="text-align: right;">PM</div>

部		シート	ジルコニア <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2・ <input type="checkbox"/> A3・ <input type="checkbox"/> A3.5 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> 写真有り
位			保険適応 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2・ <input type="checkbox"/> A3・ <input type="checkbox"/> A3.5 CAD/CAM 冠 A4(臼歯のみです)

技 工 物	<input type="checkbox"/> ジルコニア	タイプ	<input type="checkbox"/> レイヤリング <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> フルジルコニア <input type="checkbox"/> インレー
		材 料	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> SHT
<input type="checkbox"/> 保険適応 CAD/CAM 冠			
<input type="checkbox"/> アバットメント			

プ ラ ン	<input type="checkbox"/> WAXUP 模型送り	<input type="checkbox"/> STL データ	<input type="checkbox"/> デザインおまかせ
	<input type="checkbox"/> アバットレジンアップ	<input type="checkbox"/> アバット STL データ	

その他・ご希望

株式会社ザム 〒733-0035 広島県広島市西区南観音 6-14-9 TEL:082-275-5420

FAX:082-275-5422