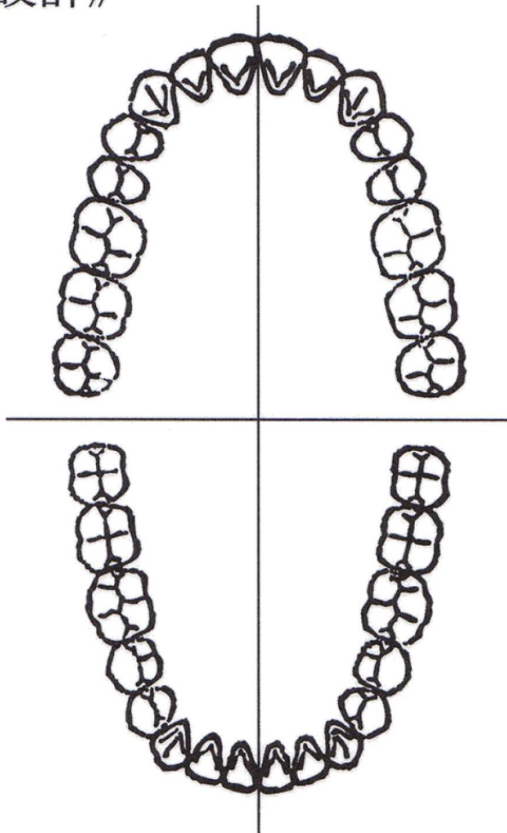


技工指示書

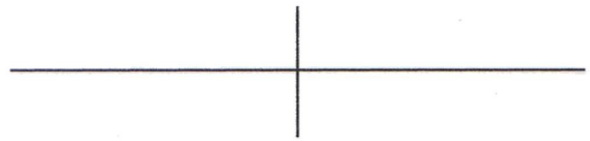
歯科医院様

受注日	年 月 日	シェード	
試適日	月 日 ^{AM} _{PM} 時	完成日	月 日 ^{AM} _{PM} 時
患者名		男 女	年 令 才
メタルプレート	チタン・コバルトクロム	タイプ	連結・分割

《設計》



部位



備考

ゆうデンタル岡山ミリングセンター

〒702-8027 岡山県岡山市南区芳泉4丁目6番19-2

TEL 086-259-2293

FAX 086-263-0373