


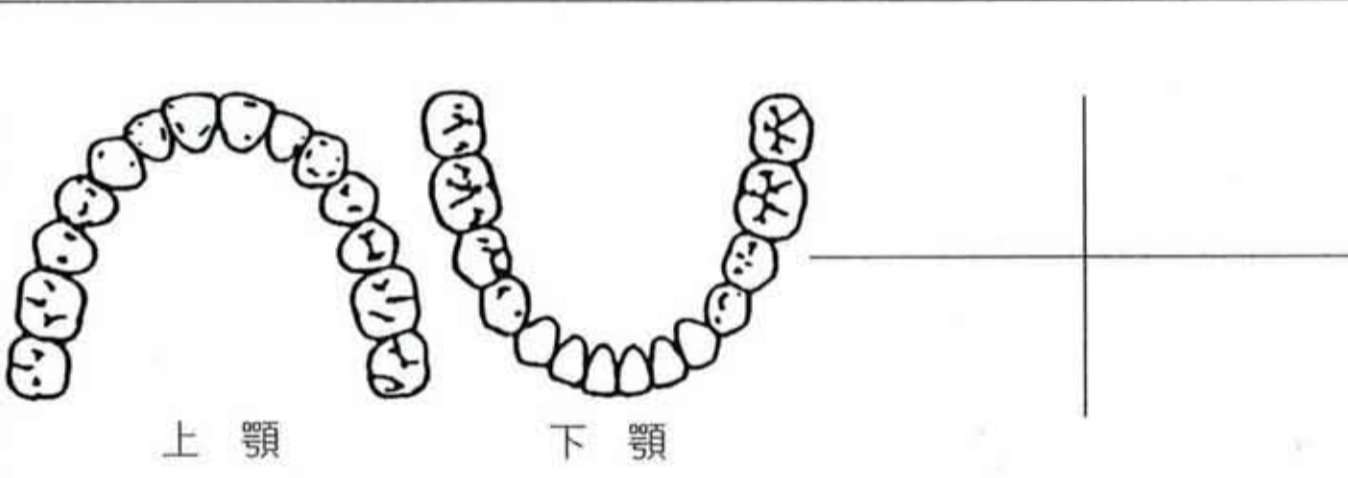

# 技工指示書

コード	No.
-----	-----

医院名	担当医	発注日	月	日	セット日	月	日	時
患者名	男・女	才	自費		保険			

補綴	GES. M. B. ハイブリッドセラミックス. コーダブル. シング. HR. HJK. 継続歯 FCK. Br. インレー. アンレー. 3/4CK. 4/5CK. メタルコア 全部床 (レジン床. 金属床. ) 咬合床 局部床 (レジン床. 金属床. アタッチメント. )	
金属	プレシャスメタル. セミプレシャスメタル. PGA. <シェード> G ( K ) Pd. Ag.	
属	預りメタル 有・無 対BT 有・無	

試適・完成・連結・単独

 <p>上顎                      下顎</p>	
備考	ワイヤークラスプ(エーカース・双歯鉤) キャストクラスプ(エーカース・双歯鉤) パラタルバー リンガルバー 補強線
 有限会社 ハイブリッジ	TEL 0480 (35) 1525 FAX 0480 (32) 8558

(切り取り線)

注文控

発注日・納品日	月	日	月	日
患者名	様			
装置名				

※コピーを一部とっていただくか、もしくはご注文控えにご記入の上切り取り線以下より切り離しご保管ください。

技工物を納品の際に、次回以降のための複写の技工指示書をお送りいたします。

有限会社ハイブリッジ

埼玉県葛飾郡杉戸町内田 1-1-22

TEL: 0480-35-1525 FAX:0480-32-8558