

歯科技工指示書

● 医院名 / 住所 / 担当医

発行日 年 月 日

セット: 月 日 AM
PM :

患者名

様 男・女 才

● 製作物

● 使用材料

8 7 6 5 4 3 2 1

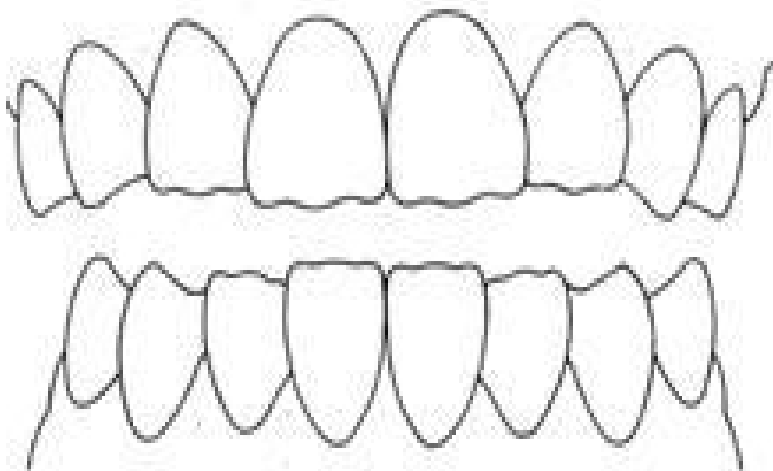
1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

シェード _____

単冠・連結



〒903-0803 沖縄県那覇市首里平良町2-12 暁ビル3F

TEL : 070-4343-1405

Mail : info@color2021.jp