

ナチュラルジルコニア50K  
フルステイン技工指示書

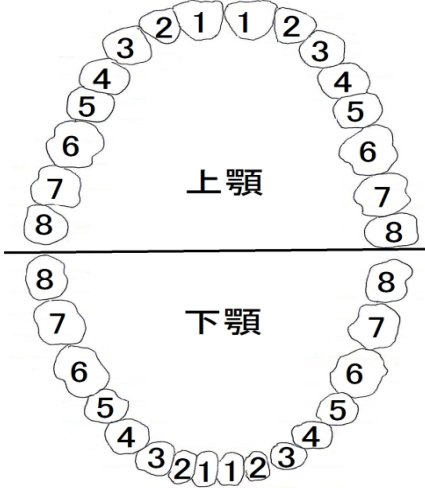
※技工指示書は必ず1部コピー  
を取り、保管しておくようお願い  
いたします。

管理番号:    -    -

フリガナ		担当		TEL	
歯科医院/技工所		FAX		E-MAIL	

フリガナ		性別		年齢		注文日	年	月	日
患者氏名		男/女		歳		納品日	年	月	日

補綴製作における注意事項  
や特記事項など



上 左 右 シェード  
例    6    A3

- A. ブリッジ
- B. 単冠

下 左 右 シェード  
例    7    A2

希望形態

色調ステイン

特記事項	特記事項

希望形態・色調確認のための手段 (該当項目に○をつけてください)	添付資料	デジタルカメラデータ(USBメモリー) ・ デジタルカメラデータ(メール添付)
	その他	Skypeでの確認 ・ メールでの連絡

商品名	単価	数量	金額
①前歯	12,000		
②臼歯	12,000		
③ブリッジ	13,000		
④シリコン印象からの模型作成	1,000		
小計			

ハーマンズクリア Lot # \_\_\_\_\_

受注担当者名 \_\_\_\_\_

技工担当者名 \_\_\_\_\_

ご請求先    :     歯科医院  
(住所: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ )

納品先       :     歯科医院  
(住所: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ )

【発送先】

〒420-0881

静岡県静岡市葵区北安東3-26-4

有限会社 静岡デンタルラボラトリー

TEL:054-247-4840 FAX:054-247-4702