

技工指示書(スキャニング)	発行日	年 月 日	セット日	月 日 時
歯科医院名	補綴物名			
	材料	<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ジルコニア <input type="checkbox"/> アルミナ		
	色調	<input type="checkbox"/> White (A0、B0) <input type="checkbox"/> Lite (A1、B1) <input type="checkbox"/> Medium (A2、A3) <input type="checkbox"/> Intence (D3、D4)		
患者氏名	( 才 )			
	様 男・女	インプラントメーカー	<input type="checkbox"/> Astra <input type="checkbox"/> Nobel   Biocare <input type="checkbox"/> Straumann	
<p>*スキャニング部位及び、インプラントの種類とサイズのご記入をお願いいたします。</p>				
添付品 (印象・対合模型・参考模型・バイト・咬合器・フェイスボウ・スクリュー ( 本 ) ・その他 )		<b>Polar bear Dental Laboratory</b>		
			担当者 印	