IOS歯 科技工指示書 KADTセンター送付用					
発行日	セット日				
年 月 日		年	月	日	時
歯科医療機関名称・所在地・歯科医師氏名	患者様氏名				
	(フリガナ)				男・女
				様	男・女
				757	歳
FAX番号	製作部位	I			
	7 6 5 4 7 6 5 4			4 5	6 7 6 7
	7 6 5 4			4 5	6 7
製作物・設計指示	・シェード	□ A2		□ A3	30P
□ CAD/CAMインレー		□ A3			E
□ 再製作 		□ A3	3.5		
お使いの口腔内スキャナーに図を入れてください。					
☐ Primescan,Omnicam ☐ TRIO	OS □iT	oro		MEDIT	-
☐ G-Oralscan,A-Oralscan ☐ DEX		ero C Aadva		MEDIT 神樂	
,					
その他(	)				
	納品希望日			午	前中
	年	月	日		
	┃ 5川旦歩科医6	師会立		時间:	指定なし
イン・ (KADT) 香川県:			ノター		
〒760-0020 高松市錦町2丁目8番38号					
TEL087-813-1411 FAX 087-813-1401					
E-mail:kadt2015@kashi.or.jp					

この技工指示書は歯科医院控えとして保管をしてください

必要事項をご記入の上、下記FAX番号へ送信してください FAX番号 087-813-1401