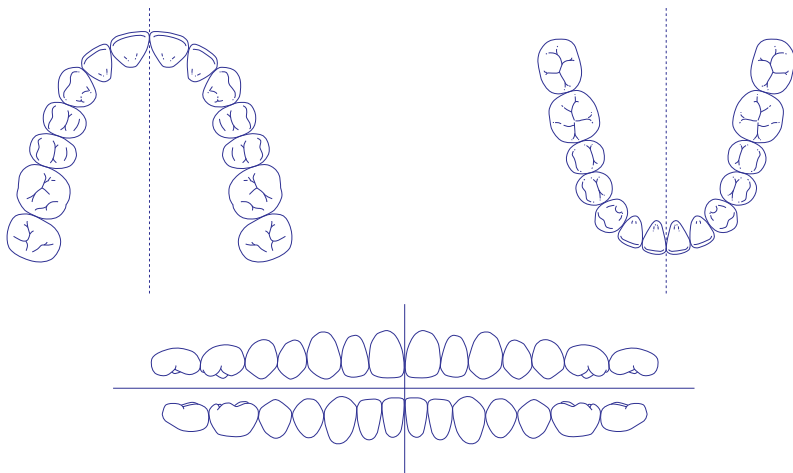


医院名	※納品先、請求先の異なる場合は詳細をご記入下さい		
ご担当医	休診日	日・月・火・水・木・金・土・祝	
フリガナ	症例番号		
患者名	年齢 / 性別	歳	ヶ月 / 男・女
	印象採得日	年	月 日
セット日	年 月 日 AM / PM	納品日	年 月 日 AM / PM
装置名			

レジンカラー： リテーナーケース：不要・要（サイズ：大・小 / 色： ）



コメント

-----

-----

-----

弊社 使用 欄	荷受日	同封物	担当技工士	検品
		模型：上顎（ ）下顎（ ） バイト：COバイト（ ）CRバイト（ ）構成咬合バイト（ ） 資料：写真（ ）CD（ ）その他（ ）		



矯正技工

グローバルエイト

〒461-0005 愛知県名古屋市中区東桜2-9-1 高岳セントラルビルディング 6F

TEL:052-908-4468 FAX:052-908-4469 MAIL:info@g8-ow.com

この指示書は3枚複写です。1枚目を貴院の控えに2枚目と3枚目を弊社へご送付下さい。納品時に3枚目をお返ししますのでご照合下さい。

指示書は歯科技工士法第十九条に基づき、守秘義務のもとで弊社で2年間保存させていただきます。