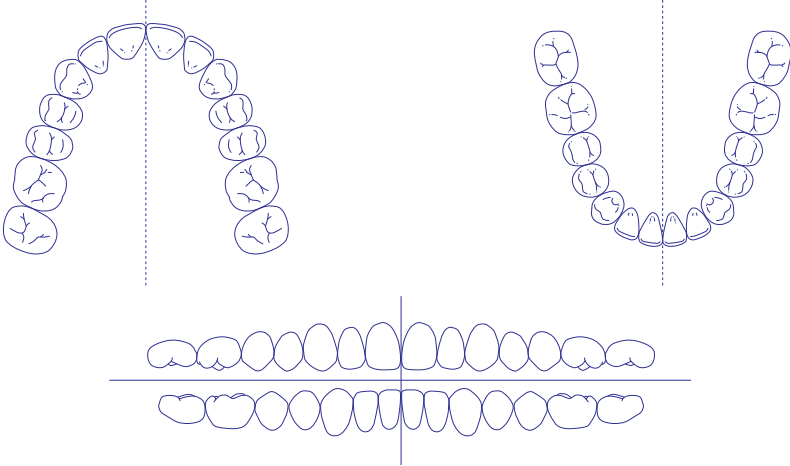


医院名	※納品先、請求先の異なる場合は詳細をご記入下さい			
ご担当医	休診日	日・月・火・水・木・金・土・祝		
フリガナ	症例番号			
患者名	年齢 / 性別	歳	ヶ月	男・女
	印象採得日	年	月	日
セット日	年 月 日 AM / PM	納品日	年 月 日 AM / PM	
装置名				

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

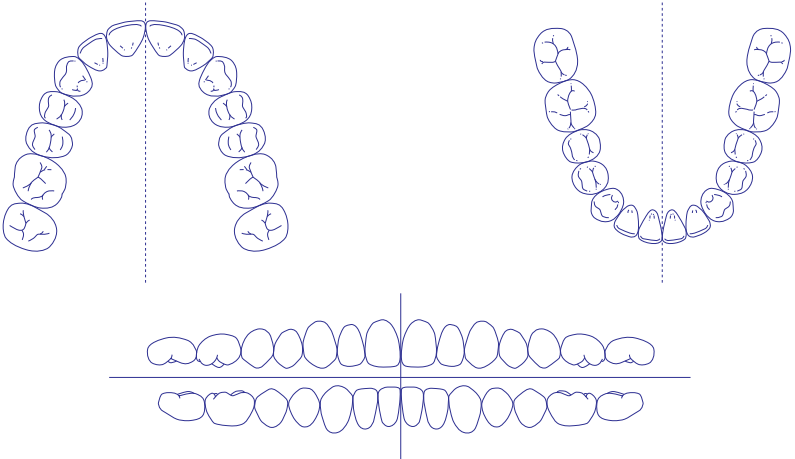
株式会社グローバルエイト

〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内2-16-3 丸の内A-Tビル 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にて2年間保存させて頂きます。

医院名				
<small>※納品先、請求先の異なる場合は詳細をご記入下さい</small>				
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		担当技士
		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 ()		検品

