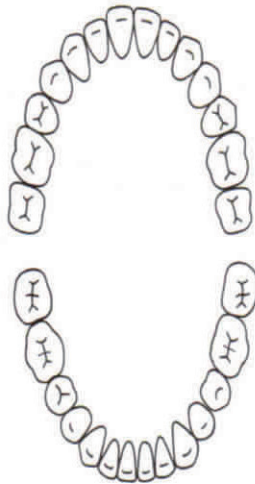


IDEA 指示書No. _____

医院名				患者名			男・女
御担当医名				先生			様 才
受注日		納品日		セット日			
月	日	月	日	月	日	時	分
保険・一般	インプラント	ジルコニア	e-max		MB	ハイブリット	その他
			レイヤリング	ステイニング			
単・連	CAD/CAM冠	コア	IN	ON	Cr	JK	HR
金属	Ag・Pd・18k・PGA・SP・Hip						g
預かり	対合	バイト	咬合器	トレー	アナログ	Imp. Coping	メディア その他

設計

部位



87654321	12345678
87654321	12345678

シェード _____



IDEA dental studio setagaya

〒157-0062 世田谷区南烏山4-9-14 南烏山ビル1F
TEL. 03-5315-5855

担当者

--