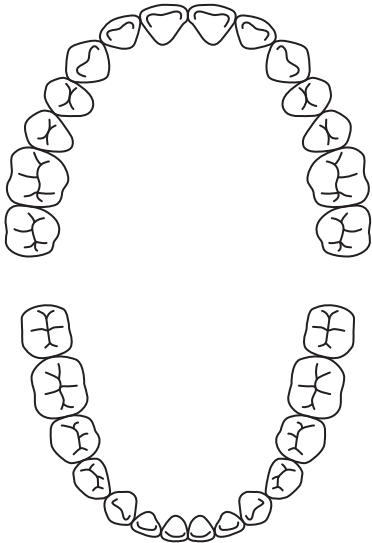
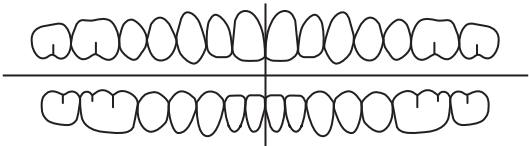


# 歯科技工指示書

医院名 _____	発行年月日 年 月 日	担当Dr
	装着日時 年 月 日 時	担当DH
フリガナ 患者名 _____	装置名 _____	保
様	様	
		
・レジンカラー指定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____		
・ワイヤサイズ指定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり _____		
・バンド接合部 <input type="checkbox"/> ろう着 <input type="checkbox"/> S.T.ロック <input type="checkbox"/> その他 _____		
・リテーナーケース <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> ピンク		
<コメント>		
		製作者印