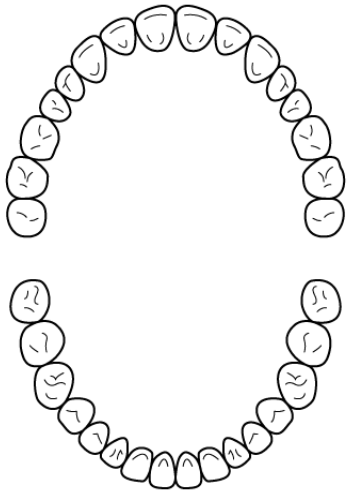


歯科技工指示書

所在地			発行日 月 日					
医院名			セット日 月 日 時 分					
TEL			対合歯： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 / バイト： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
患者名								
IOS	セレック	<input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> USB	マテリアル	<input type="checkbox"/> PMMA <input type="checkbox"/> CAD/CAM 冠 <input type="checkbox"/> CAD/CAM インレー <input type="checkbox"/> ジルコニア <input type="checkbox"/> オールセラミック <input type="checkbox"/> ホワイトデンチャー				
	TRIOS	<input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> USB		シェード：				
	iTero	<input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> USB						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</td> </tr> </table> 					□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27	47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								
17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27								
47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37								
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □								