

歯科技工指示書

医院名

患者名

様

症例番号

年齢

才

発行日

年

月

日

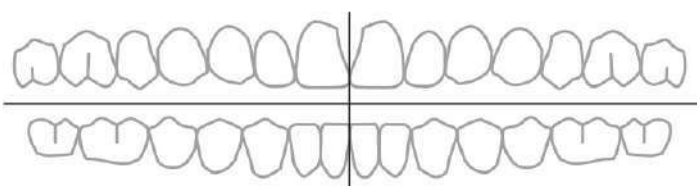
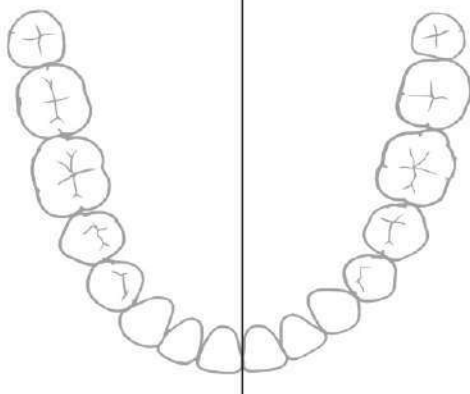
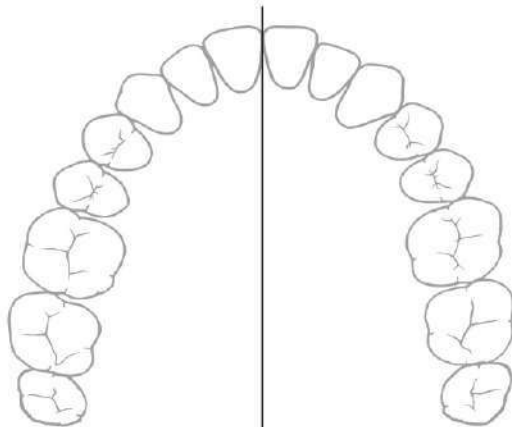
セット

年

月

日

装置名



レジンカラー

☐ クリア

☐ イエロー

☐ ピンク

☐ オレンジ

☐ ブルー

☐ パープル

☐ ラメ

デンタルクラフト株式会社

〒488-0830

愛知県尾張旭市東印場町二丁目1-1 アネックス21 1B

TEL. 080-9110-6650 E-mail. dentalcraft.okubo@gmail.com