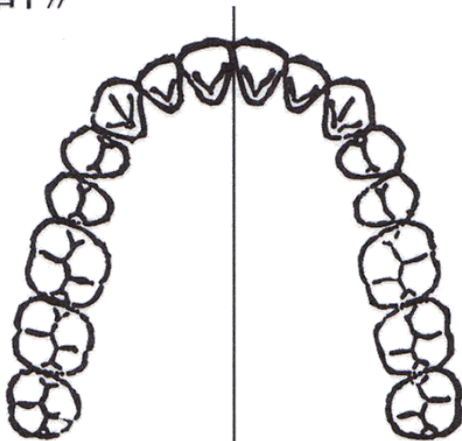


技工指示書

歯科医院 様

受注日	年 月 日	シェード	
試適日	月 日 ^{AM} _{PM} 時	完成日	月 日 ^{AM} _{PM} 時
患者名	男 女		年 令 才
メタルプレート オプション	チタン・コバルトクロム	床の タイプ	連結・分割

《設計》



部位



備考

(株) T・U・M

〒567-0855 大阪府茨木市新和町10-7

TEL (072) 637-3511

FAX (072) 637-3521