

3on1 Ti base 技工指示書

FAX : 06-6192-1010

●ご依頼日： 年 月 日

フリガナ
患者様名

様 性別(男・女) 年齢(才)

請求先 納品先 口の欄に☑を付けてください(請求先に☑が無い場合は、納品先に請求させていただきます)

歯科医院名

住所 〒

TEL :

FAX :

技工所名

住所 〒

TEL :

FAX :

●納品希望： 年 月 日

●部位 (インプラント埋入部位に○を付けてください)

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

●備考

DENTECH
INTERNATIONAL

デンテック インターナショナル株式会社 dentech-inc.jp

■大阪オフィス
〒564-0063 大阪府吹田市江坂町1-16-32 デンテックビル
TEL : 06-6192-1000 FAX : 06-6192-1010
e-mail : info@dentech-inc.jp

■東京オフィス
〒130-0012 東京都墨田区太平2-12-11
サンハイツ301
TEL : 03-6658-4151 FAX : 03-6658-4152

■高知オフィス
〒787-0012 高知県四万十市右山五月町9-16
TEL : 0880-35-6111 FAX : 0880-35-6112

3DC DenTech Digital Design Center