

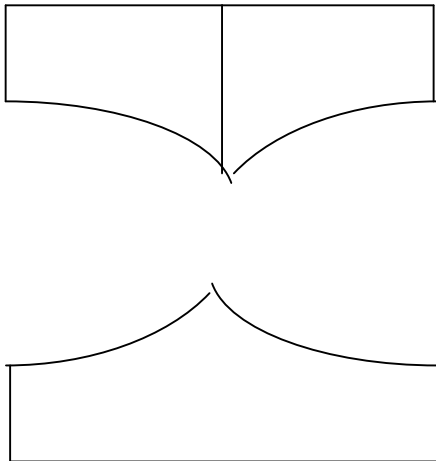
平行模型指示シート

(技工発注所と一緒に送ってください)

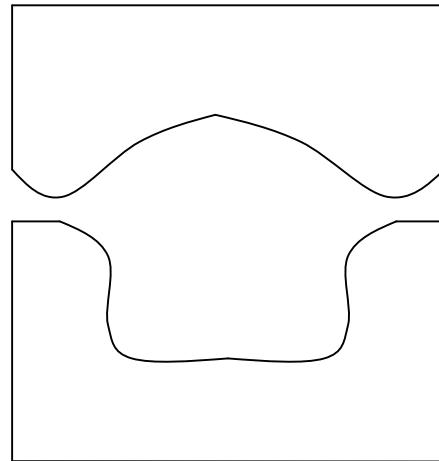
年 月 日

医院名	
-----	--

Front



Back



印字方法	テプラ ・ スタンプ (別途 500 円) ・ 印字不要
印字内容	名前 ・ 症例番号 ・ 年齢 ・ 印象採得日 ・ その他
模型高さ	mm ・ ケース毎に記入 ・ おまかせ
シリコンバイト製作	要 (別途 300 円) ・ 不要

初回に先生のご希望をお聞きしております。必要事項をご記入、またはOで囲んでください。