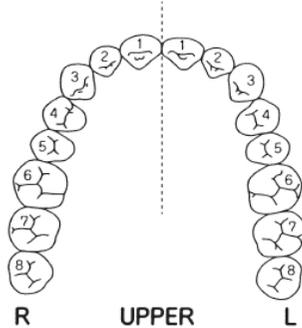
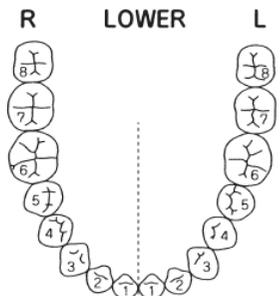
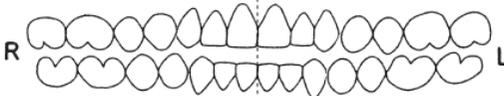


こちらを中央より切り離して指示書の控えとしてお使いください。

(医師控)

ご請求先		ご担当Dr.					
納品先	受注日	R	年	月	日		
	納品希望日	R	年	月	日		
患者名	歳(男・女)	装着日	R	年	月	日	AM PM
		(設計) <span style="float: right;">弊社カレンダー 納品の目安にご活用ください</span> 					
							
装置名							
U:		L:					
MEMO							
カラーの指定がある場合 ✓して下さい							
		U	L	色			
				ク リ ア ー			
				ピ ン ク			
				ブ ル ー			
				イ エ ロ ー			
				オ レ ン ジ			
				バ イ オ レ ッ ト			
お預り	バイト・対合歯・その他 ( )						



株式会社

Orthodontic Art Work

イザワ・オー・リ・プラス

〒948-0005 新潟県十日町市南新田町 1-5-8

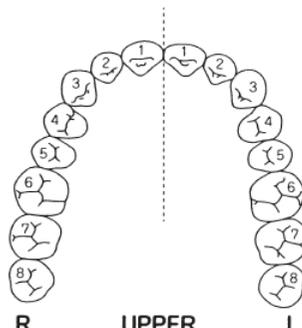
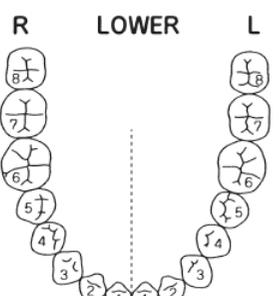
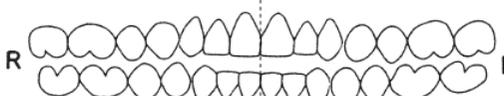
phone & fax : 025-757-1798

e-mail : h-m@izawa-op.com

URL : http://izawa-op.com

## 矯正技工指示書

(製作控)

ご請求先		ご担当Dr.					
納品先	受注日	R	年	月	日		
	納品希望日	R	年	月	日		
患者名	歳(男・女)	装着日	R	年	月	日	AM PM
		(設計) <span style="float: right;">弊社カレンダー 納品の目安にご活用ください</span> 					
							
装置名							
U:		L:					
MEMO							
カラーの指定がある場合 ✓して下さい							
		U	L	色			
				ク リ ア ー			
				ピ ン ク			
				ブ ル ー			
				イ エ ロ ー			
				オ レ ン ジ			
				バ イ オ レ ッ ト			
お預り	バイト・対合歯・その他 ( )						



株式会社

Orthodontic Art Work

イザワ・オー・リ・プラス

〒948-0005 新潟県十日町市南新田町 1-5-8

phone & fax : 025-757-1798

e-mail : h-m@izawa-op.com

URL : http://izawa-op.com