

回答用紙

仮に歯科技工物製作依頼があった場合、およそで構いませんので自社で製作可能な本(床)数をご記入ください。

製作不可なものは“0”をご記入ください。

義歯関係	
保険適用義歯全般(レジン床)	床/月
ノンメタルクラスプデンチャー	床/月
金属床義歯(Co-Cr/FD・PD)	床/月

歯冠修復関係	
インレー・クラウン等(pd)	本/月
CAD/CAM冠・インレー(保険)	本/月
ジルコニア(フル、築盛等)	本/月

住 所 _____

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

提出期限:3月5日(水)