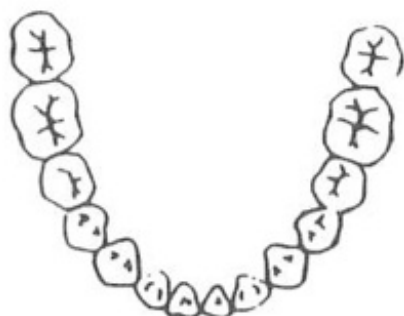
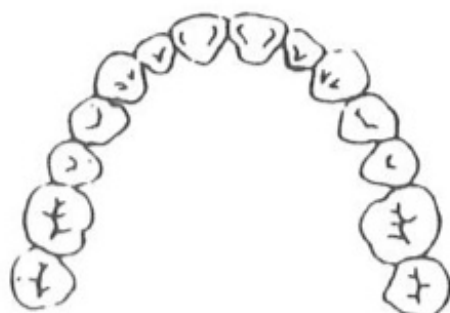


技工指示書

年度

医院名 住 所 TEL		患者名 ()才 男・女	
医師名		発行日 月 日	セット日 月 日 () 時間 :
種類	シェード	医院からの送付物 BT・SM	

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



株式会社

ラザロ

〒541-0053
 大阪府大阪市中央区本町2-3-4
 アソルティ本町7F
 TEL 06-6266-3500 FAX 06-6266-3501
 E-mail: lazarus@dune.ocn.ne.jp
 HP: http://www.iab-lazarus.com