



# ใบสรุปการใช้ WAFER ORTHOGNATHIC Sx. โรงพยาบาลทันตกรรม

ชื่อผู้ป่วย ..... H.N. .... โทร. ....

อายุ ..... วันที่ผ่าตัด .....

วินิจฉัย.....

การรักษา.....

ทันตแพทย์เจ้าของ Case ..... อาจารย์ที่ปรึกษา .....

### ชนิดของงาน

- Intermediate Wafer ..... ชิ้น ผู้ทำชิ้นงาน ..... ผู้รับชิ้นงาน.....วันที่.....
- Final Wafer ..... ชิ้น ผู้ทำชิ้นงาน ..... ผู้รับชิ้นงาน.....วันที่.....
- Palatal Stent ..... ชิ้น ผู้ทำชิ้นงาน ..... ผู้รับชิ้นงาน.....วันที่.....
- Arch Bar ..... ชิ้น ผู้ทำชิ้นงาน ..... ผู้รับชิ้นงาน.....วันที่.....

หมายเหตุ Solder Arch Bar ราคาจุดละ 100 บาท

Other.....

สรุปจำนวน.....ชิ้น

สรุปราคา.....บาท

ผู้บันทึกข้อมูลค่าใช้จ่าย.....

วันที่ .....

ชำระเงินแล้ว.....บาท

วันที่.....จนท.การเงิน.....

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน.....

รอการชำระเงิน.....

วันที่.....จนท.การเงิน.....

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน.....