

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Prosthetics

1. ESHOSTSIPR \_\_\_\_\_
2. RFXEOL \_\_\_\_\_
3. OXNTRSEE \_\_\_\_\_
4. OBCIIN \_\_\_\_\_
5. LCSUEM \_\_\_\_\_
6. TDOENN \_\_\_\_\_
7. GTAIELMN \_\_\_\_\_
8. ETSHIC \_\_\_\_\_
9. EEGNNIRE \_\_\_\_\_
10. TOREUSXDE \_\_\_\_\_
11. PBERILUTN \_\_\_\_\_
12. OYROEPTTP \_\_\_\_\_
13. RLITA \_\_\_\_\_