

# 3D Design Lab 3D Model Print Service 製作依頼書

※送付頂くデータは必ずSTL方式で出力されたデータをお送り頂くようお願い致します。

ご依頼日 年 月 日

歯科医院名 歯科技工所名	担当者名		<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科技工士																																																																		
住所	〒																																																																				
電話	FAX																																																																				
E-mail ※必須																																																																					
患者様名	※カタカナ表記で お願いします		( <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 )																																																																		
依頼製作物	<input type="checkbox"/> 片顎モデル solid(中埋めタイプ)	<input type="checkbox"/> 作業模型	<input type="checkbox"/> 対合歯 1,900円(税別)																																																																		
	<input type="checkbox"/> 片顎モデル hollow(中抜けタイプ)	<input type="checkbox"/> 作業模型	<input type="checkbox"/> 対合歯 1,500円(税別)																																																																		
	<input type="checkbox"/> フルアーチモデル solid(中埋めタイプ)	<input type="checkbox"/> 作業模型	<input type="checkbox"/> 対合歯 2,400円(税別)																																																																		
	<input type="checkbox"/> フルアーチモデル hollow(中抜けタイプ)	<input type="checkbox"/> 作業模型	<input type="checkbox"/> 対合歯 1,900円(税別)																																																																		
オプション	支台歯分割タイプ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	※追加料金1歯につき200円(税別)がかかります。																																																																			
	3Dモデルジョイント <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※追加料金1個につき200円(税別)がかかります。																																																																			
DIMアナログ+(インプラントアナログ付き模型) ※solid(中埋めタイプ)のみの製作となっております。 (スキャンボディ3DガイドNTを使用したデータに限ります) DIMアナログ1本につき3,500円(税別)が必要となります。																																																																					
オプション	ガム部分分割タイプ <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	※追加料金1歯につき200円(税別)がかかります。																																																																			
ご使用のシステムのサイズをチェック☑して下さい。複数歯の場合は歯式表にシステム、サイズ等の情報をご記入下さい。																																																																					
Nobel Biocare <input checked="" type="radio"/> (A) Branemark <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input type="radio"/> (B) Replace <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> WP <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="radio"/> (C) Active <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> RP		Straumann <input type="radio"/> (I) BoneLevel <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC <input type="radio"/> (J) TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN																																																																			
BIOMET 3i <input checked="" type="radio"/> (D) External <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="radio"/> (E) Certain <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 4.1 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 6.0		Zimmer <input type="radio"/> (K) Screw Vent <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7																																																																			
Dentsply Sirona <input type="radio"/> (F) ASTRATECH OsseoSpeed <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 <input type="radio"/> (G) ASTRATECH EV <input type="checkbox"/> 3.6 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.8 <input type="radio"/> (H) Xive <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.5		Camlog <input type="radio"/> (L) Jシリーズ <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0/6.0 <input type="radio"/> (M) Kシリーズ <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8/4.3 <input type="checkbox"/> 5.0																																																																			
		Osstem <input type="radio"/> (N) TSシリーズ <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0/7.0																																																																			
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td rowspan="2">使用サイズ システム番号 (A~P)</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td rowspan="2">使用サイズ システム番号 (A~P)</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				使用サイズ システム番号 (A~P)	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	使用サイズ システム番号 (A~P)																
																使用サイズ システム番号 (A~P)																																																					
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	使用サイズ システム番号 (A~P)																																																					
備考欄																																																																					