

3D Design Lab チタン・コバルトクロム専用 フルデータプラン技工指示書

送信枚数

ご依頼日 年 月 日

歯科医院名 歯科技工所		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						
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)							
納品希望日	年	月	日	曜日 (<input type="checkbox"/> AM ・ <input type="checkbox"/> PM ・ <input type="checkbox"/> 全日) 必着						
依頼制作物	① <input type="checkbox"/> シンプルコーピング(支台に均一な厚みのフレーム) ② <input type="checkbox"/> アナトミカルコーピング (ワックスアップされた最終形態からカットバックしたフレーム) ③ <input type="checkbox"/> フルクラウン ※ヘミセクションの場合 (近心根、遠心根) であってもそれぞれ1歯としてみなします。									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 単冠</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 連冠</td> </tr> </table>					8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 単冠	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 連冠
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 単冠								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 連冠								
※フルデータプランのお客様へ ブリッジの場合は支台歯、ボンテック共にチェックを入れて下さい。 尚、連冠・単冠など複数ケースがある場合は「その他・ご要望欄」に詳しくお書きください。										
マテリアル <input type="checkbox"/> チタン 3,500円 (税抜/1歯) <input type="checkbox"/> コバルトクロム 3,800円 (税抜/1歯) ※受注本数が1歯の場合は別途送料をいただきます。 DISC LOT : _____										
リムーバブルノブ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (ご指定位置がありましたら、部位をその他・ご要望欄にご記入ください。追加料金なし)										
その他・ご要望										