

# カスタムアバットメント フルデータプラン 技工指示書

ご依頼日 年 月 日  ←納期カレンダーをご希望の方は☑を入れて下さい。

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** (  男 ・  女 )

プラン **Ti-CAフルデータプラン** 価格**13,600円**(税抜/1歯)  
(デザインされたSTLデータを送って頂くプラン)

午前中のデータ到着後中3営業日で発送(データが午後到着の場合+1日)  
土、日、祝日を除く営業日になります。カスタムアバットメント専用の納期カレンダーをご参考下さい。 <http://3d-design-lab.com/>

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。

<b>Nobel Biocare</b> <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	<b>Zimmer</b> <input checked="" type="radio"/> (J) Spline <input type="checkbox"/> 3.75 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="radio"/> (K) Screw Vent <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7 <small>注1 Zimmer Splineは上記料金において各プラン1歯1,000円加算</small>
<b>BIOMET 3i</b> <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	<b>BIOHORIZONS</b> <input type="radio"/> (L) Internal <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.7
<b>Dentsply</b> <input type="radio"/> (F) ASTRATECH OsseoSpeed <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5/4.0 <input type="checkbox"/> 4.5/5.0 <input type="radio"/> (G) Xive <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.4 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.5	<b>Camlog</b> <input type="radio"/> (M) Kシリーズ <input type="checkbox"/> 3.3 <input type="checkbox"/> 3.8 <input type="checkbox"/> 4.3 <input type="checkbox"/> 5.0 <b>京セラメディカル</b> <input type="radio"/> (N) POI EX <input type="checkbox"/> 3.7 <input type="checkbox"/> 4.2 <input type="checkbox"/> 4.7 <input type="checkbox"/> 5.2
<b>Straumann</b> <input type="radio"/> (H) BoneLevel <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> RC <input type="radio"/> (I) TissueLevel <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> WN	<b>Osstem</b> <input type="radio"/> (O) TSシリーズ <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0/7.0

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用サイズ					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	システム番号 (A~O)					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	システム番号 (A~O)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	使用サイズ					
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

※デザイン・形態によってはシステム上、ご希望通りに製作できない場合がございます。できるかぎり近似するよう製作させていただきますので  
あらかじめご了承下さい。製作上の注意点は当社ホームページをご覧ください。 <http://3d-design-lab.com/>

その他・ご要望