

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 ※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)	
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라운 ※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。			
<input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> 連冠	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
※フルデータプランのお客様へ ブリッジの場合は支台歯、ポンティ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				

3D Design Lab
Produced by Cjメディカル

TEL : 076-259-0811 FAX : 076-259-0812
〒923-1276 石川県能美郡川北町橋 2 ☎ 3dl-order@ci-medical.com

平成29年12月13日 更新