

# 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<br>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<br>※必須   |  |                          |                          |                               |                          |                                |   |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 患者様名  | ※カタカナ表記で<br>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)<br>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)<br>③ <input type="checkbox"/> フルクラウン<br>※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"/>   | <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"/> 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"/> |
| ※フルデータプランのお客様へ<br>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。<br>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)<br>※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