

# 3D Design Lab

## ガラスセラミックス系 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											
プラン	フルデータプラン														
依頼制作物	① <input type="checkbox"/> カットバッククラウン ② <input type="checkbox"/> フルクラウン ③ <input type="checkbox"/> インレー ※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"/> 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"/>
※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。															
使用ブロック										DISC LOT: _____					
IPS e.max CAD (Ivoclar Vivadent) HT14 (高透過性) シェード <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 LT14 (低透過性) シェード <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 LTB32[連結冠用] シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3								ビタ スプリニティ (VITA) トランスルーセント シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 ハイトランスルーセント シェード <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3							
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 Ci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

2021年4月1日 更新