

3D Design Lab ジルコニア フルデータプラン技工指示書

送信
枚数

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 ※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 5,000円(税抜/1歯)			
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 ④ <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"/> 連冠			
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		
※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。				
ディスクメーカー	ディスクの仕様	シェード		
METOXIT	ノーマル	<input type="checkbox"/> ホワイト	<input type="checkbox"/> B2	
METOXIT	高透過性(ハイトランス)	<input type="checkbox"/> HTLホワイト	<input type="checkbox"/> HTL Intense	
アダマンド	エステティックハード	<input type="checkbox"/> A0.5	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3
アダマンド	超透過性(ウルトラランス)	<input type="checkbox"/> UTホワイト	<input type="checkbox"/> UT-A0.5	<input type="checkbox"/> UT-A1 <input type="checkbox"/> UT-A2 <input type="checkbox"/> UT-A3 <input type="checkbox"/> UT-A3.5
アダマンド	グラデーション	<input type="checkbox"/> A-Light★	<input type="checkbox"/> A-Medium★	<input type="checkbox"/> A2★ <input type="checkbox"/> A3★ <input type="checkbox"/> A3.5★
METOXIT	グラデーション	<input type="checkbox"/> B1★	<input type="checkbox"/> A1★	<input type="checkbox"/> A2★ <input type="checkbox"/> A3★ <input type="checkbox"/> A3.5★ <input type="checkbox"/> A4★
※★を選択された場合は、グラデーションディスクのため 歯冠の長さによっては色調が異なる場合がございますが、DISC LOT: _____ 色調による再製作については行っておりませんので予めご了承お願い致します。				
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

2022年5月1日 更新