

デジタル・オーダーシート ※印は必須項目です

FAXにて076-288-7608まで送信をお願いいたします。

| | | | |
|--------|-------|--------|-----------|
| 発注日※ | 年 月 日 | 納品希望日※ | 年 月 日 |
| 患者様名※ | | | (AM・PM必着) |
| 歯科医院名※ | | 担当者名※ | |
| 住所※ | 〒 | | |
| 電話番号※ | | FAX番号 | |

| | | | |
|------|---|-----------|----------------------------------|
| 技工物※ | <input type="checkbox"/> ジルコニア (モノリシック・コーピング) | シェード ※ | <input type="checkbox"/> A1 |
| | <input type="checkbox"/> PMMA | | <input type="checkbox"/> A2 |
| | <input type="checkbox"/> 保険適用CAD/CAM | | <input type="checkbox"/> A3 |
| | <input type="checkbox"/> サージカルガイド | | <input type="checkbox"/> A3.5 |
| | <input type="checkbox"/> 3D模型 | | <input type="checkbox"/> A4 |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | | <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | |
|------|---|-------------------------------------|
| プラン※ | <input type="checkbox"/> フルデータ送信プラン ※加工のみとなります | <input type="checkbox"/> ダブルスキャンプラン |
| | <input type="checkbox"/> スキャンデザインプラン ※加工のみとなります | <input type="checkbox"/> 研磨・完成までプラン |

| | | |
|-----|-------------------------------|---------------------------------|
| 部位※ | <input type="checkbox"/> 単冠 | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 |
| | <input type="checkbox"/> 連冠 | _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> ブリッジ | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 |

| | | |
|-------|---|------------------------------------|
| オプション | <input type="checkbox"/> リムーバルノブ・作業用ノブ | <input type="checkbox"/> マージンの厚み調整 |
| | <input type="checkbox"/> カラー (フレームサポート形状) | <input type="checkbox"/> 模型製作 |
| | <input type="checkbox"/> アクセスホール | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () | |

| | | | |
|-------|--|----------------------------------|----------------------------------|
| 預かり品※ | <input type="checkbox"/> 分割&トリミング済・本模型 | <input type="checkbox"/> 対合歯模型 | <input type="checkbox"/> バイト |
| | <input type="checkbox"/> インプラントレプリカ | <input type="checkbox"/> 咬合器 | <input type="checkbox"/> WAXパターン |
| | <input type="checkbox"/> 支台歯のみ | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | <input type="checkbox"/> 印象 | <input type="checkbox"/> 本模型 | |

| | |
|------------|-------|
| その他 ご要望 | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

※ STL及びDCMデータのみ受け付け可能となっております。

※ ①3shape ②コネクトケースセンター (旧シロナコネクト)

③iTero MyAligntech

上記3社は登録済ラボとなっております

※ガイド製作用データ cmg. dxd形式でお願いいたします。

有限会社 デントニウム

〒929-0455 石川県河北郡津幡町倉見119

TEL (076) 288-7008 FAX (076) 288-7608

アドレス HP開設後使用できるアドレス

※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください

※①3shape ②コネクトケースセンター (旧シロナコネクト)

③iTero MyAligntech

上記3社は登録済ラボとなっております