

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	
e-mail※			

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 8
	<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 8

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コネクタケースセンター (旧シロナコネクタ)

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。

※①3shape ②コネクタケースセンター (旧シロナコネクタ)

③iTero MyAligntech

上記3社は登録済ラボとなっております

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 cadcam@dentnium.com

※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください