

\*は必須項目です

* 依頼日		年	月	日	納品希望日		年	月	日	
*フリガナ										
*患者様名										
様										
性別 ( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 ) 年齢 ( 才 )										
*請求先	*納品先	<input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(請求先に <input checked="" type="checkbox"/> が無い場合は、技工所様への請求とさせていただきます)								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*歯科医院名				*歯科医師名				様
*住所 〒										
*TEL					FAX					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*技工所名				*担当者名				様
*住所 〒										
*TEL					FAX					
*設計確認(連絡)用メールアドレス:										

\*歯番部位表 (インプラント埋入部位の歯番に○を付け、□に記号を記入してください)

<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"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<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"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

\* 技工物種類 (□の欄にを付けてください)

①チタンカスタムベース【チタン合金】(スクリュー付属)	②インプラントブリッジ(スクリュー付属)ノンエンゲージのみ対応
<input type="checkbox"/> チタンカスタムベース 【 <input type="checkbox"/> エンゲージ <input type="checkbox"/> ノンエンゲージ 】 <input type="checkbox"/> チタンカスタムベース用リテイニングスクリュー単品【チタン合金】 ※別表(チタンカスタムベース記号表)より該当インプラント種類の記号を、歯番部位表にご記入ください。	<input type="checkbox"/> ユニバーサルインプラントブリッジ 【 <input type="checkbox"/> チタン合金 <input type="checkbox"/> 純チタン <input type="checkbox"/> コバルトクロム合金 】 <input type="checkbox"/> ユニバーサルインプラントブリッジ パータイプ【チタン合金】 <input type="checkbox"/> インプラントブリッジ用リテイニングスクリュー単品【チタン合金】 ※別表(インプラントブリッジ記号表)より該当インプラント種類の記号を、歯番部位表にご記入ください。
③ユニバーサルベース	④その他コンポーネント
<input type="checkbox"/> ユニバーサルアバットメント【チタン合金】 ※別表(ユニバーサルベース発注番号)より該当インプラント種類・サイズ・カフ長の記号を、歯番部位表にご記入ください。	<input type="checkbox"/> ユニバーサルテンポラリーベース 【 <input type="checkbox"/> 高さ5mm <input type="checkbox"/> 高さ10mm 】(スクリュー付属)【チタン合金】 <input type="checkbox"/> ユニバーサルコンフォートキャップ【チタン合金】

\*送付物 模型 個 レジンパターン 本 スクリュー 本 その他 ( )

設計指示詳細

ご発注について

※歯科医師が発行する技工指示書によって技工物を作製いたします。  
 ※納期につきましては、HPよりご確認ください。地域・天候・交通事情等によりご希望に添えない場合があります。  
 ※当技工指示書で作製されたものは、返品および交換はいたしかねます。

チタン合金 TI-6AL-4V(64チタン)  
 承認番号 222AIBZX00037000  
 純チタン 承認番号 222AIBZX00036000  
 コバルトクロム合金 承認番号 225AABZX00085000