



STAR GATE 技工指示書

【オーバーデンチャーインプラントシステムアタッチメント】

① 齒科医院様控

FAX : 0120-418-321

太枠内は必須項目です

●ご依頼日		年	月	日	●納品希望日		年	月	日
フリガナ 患者様名									
様 性別(☐ 男 ☐ 女) 年齢(才)									
請求先	納品先	☐ の欄に ☒ を付けてください。(請求先に ☒ が無い場合は、技工所様への請求とさせていただきます。)							
☐	☐	歯科医院名							
		住所 〒 担当 様							
		TEL:				FAX:			
☐	☐	技工所名							
		住所 〒 担当 様							
		TEL:				FAX:			
		e-mail:							

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

<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>									8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>									8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1" style="width: 100%; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 40px;"></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>									1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										

● 設計

DTI オーバーデンチャー アタッチメント【チタン合金】			
システム	カフ	数量	発注番号
 カフ	2.5mmL		7351-D
	3mmL		7318-D
	4mmL		7352-D
	5mmL		7319-D
	6mmL		7320-D

- アタッチメント締結の際は、LOCATORコアツール(ドライバー部分)、アバットメントホルダースリーブおよび各LOCATOR用ドライバーをご使用ください。
- アタッチメントは窒化処理されゴールド色となります。

設計指示詳細

ご注文について（重要）

- ※ STARGATEシステムは、歯科医師が発行する歯科技工指示書によって技工物を作製いたします。
(DTI オーバーデンチャアタッチメント専用歯科技工指示書をご使用ください)
- ※ 歯科技工指示書には必ず歯科医院名・患者様名・請求先・納品先をご記入ください。
- ※ 受付時間：月～金曜日9:00～15:30(土・日・祝日を除く)
- ※ 受付時間内に発注された場合、受信日を含む3営業日後に技工物を発送いたします。
- ※ 納期に関しましては、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。
- ※ **当歯科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。**
- ※ メール発注の場合：お手持ちのスマホ等で指示書全体が欠けることなく鮮明に撮影されたものを、メールで送信することが可能です。
メールアドレスは、sqco@dti-stargate.co.jp にご送信ください。

受託歯科技工所1:
Dental Technology Instituteとちぎ (DTIとちぎ)
住所: 〒322-0251 栃木県鹿沼市野尻 113-6
TEL: 0120-418-325 FAX: 0120-418-321
email: sgco@dti-stargate.co.jp HP: www.dti-cadcam.com

受託歯科技工所2:
S.P.D.L (SP Dental Laboratory) ミリングセンター

チタン合金 TI-6AL-4V(64チタン) 認証番号 222AIBZX00037000

歯科技工所番号：09-62-05029

品質管理基準書に基づく