

*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 (☐ 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☑がない場合は、技工所様への請求とさせていただきます)								
☐	☐	*歯科医院名				*歯科医師名				様
		*住所 〒								
		* TEL				FAX				
☐	☐	*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:										

設計【☐単冠 or ☐連冠】

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

設計指示詳細

*技工物の種類・シェード(☐ の欄に☑を付けてください。シェードは○で囲んでください。)

☐ ジルコニア	☐ Nacera Pearl Natural 【 A1 A2 A3 A3.5 A4 B2 C2 D2 】
☐ ジルコニアベース (チタンベース付・スクリュー付属)	☐ 3D Pro 【 A1 A2 A3 A3.5 Bleach 】
*インプラントの種類 ※対応システムにつきましてはHPよりご確認ください。	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】
	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】
	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】
	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】
	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】
	部位【 】インプラント【 】サイズ【 】

* オプション(別料金)に☑を付けてください。

☐ マージンアジャスト (1 歯) ¥2,200
※ 通常はマージンの調整をしていない状態での納品となります。
※ マージンアジャストはフレームのみです。最終補綴形態・アバットメントは、お客様にてお願いします。

☐ デジタルデザイン
アバットメントデザイン (1 歯) ¥3,000
クラウンデザイン (1 歯) ¥5,000
※ ワックスアップをご用意していただきますと費用はかかりません。

注) コンタクト・粘膜面の調整、研磨、セメント合着は、お客様にてお願いします。

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。