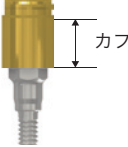
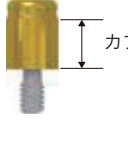


*は必須項目です

患者様 1 人につき 1 枚の指示書をご記入ください

FAX : 0120-418-321

*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 (<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"/> がない場合は、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				
*住所 〒										
*TEL					FAX					

*設計					
システム	径タイプ	カフ	発注番号	*部位	*数量
Certain Internal  ワンピースタイプ	3.4mmD	1mmL	IMLOA001-D		
		2mmL	IMLOA002-D		
		3mmL	IMLOA003-D		
		4mmL	IMLOA004-D		
		5mmL	IMLOA005-D		
		6mmL	IMLOA006-D		
	4.1mmD	1mmL	ILOA001-D		
		2mmL	ILOA002-D		
		3mmL	ILOA003-D		
		4mmL	ILOA004-D		
		5mmL	ILOA005-D		
		6mmL	ILOA006-D		
External Hex  ワンピースタイプ	3.4mmD	1mmL	MLOA001-D		
		2mmL	MLOA002-D		
		3mmL	MLOA003-D		
		4mmL	MLOA004-D		
		5mmL	MLOA005-D		
		6mmL	MLOA006-D		
	4.1mmD	1mmL	LOA001-D		
		2mmL	LOA002-D		
		3mmL	LOA003-D		
		4mmL	LOA004-D		
		5mmL	LOA005-D		
		6mmL	LOA006-D		

- ・アタッチメントの締結の際は、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。

特記事項

ご発注について

- ※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。
- ※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、返品および交換は致しかねます。