

## CARES インプラントブリッジ技工指示書

発行日	年 月 日 曜日	CSC受注番号	
	ストローマン社顧客番号	525 _____	ST担当者名
医院名		納品先 (左記施設と異なる場合)	
担当者名		請求先 (左記施設と異なる場合)	
電話番号		フリガナ	
納期	月 日 曜日 時迄	患者名	

指示内容 (チェックマークを付してください)

ガム有/無	使用ディスク	歯式	最終 シェード
ガム付 <input type="checkbox"/>	グラデーション 30mm		
ガム無し <input type="checkbox"/>	ブリーチ <input type="checkbox"/>	7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7	
	スーパーライト <input type="checkbox"/>	7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7	
	スーパーライトR <input type="checkbox"/>	フレームユニット (歯) 数	CSC確認欄
	ライト <input type="checkbox"/>	ユニット (歯)	
	ミディアム <input type="checkbox"/>		
	ホワイト(単色) 30mm <input type="checkbox"/>		

インプラントメカ/コネクションタイプ (チェックマークを付してください)

Straumann	SRAアバットメント上	<input type="checkbox"/>
Nobel Biocare	マルチユニットAb(ユニバーサルAb) 上	<input type="checkbox"/>

ストローマンSRA用にはスクリューが付属されます、希望のスクリュータイプを選んでください。

スクリュータイプ	オクルーザルスクリューテーパータイプ <input type="checkbox"/>	CSC確認欄	
	オクルーザルスクリュー平ネジタイプ <input type="checkbox"/>		

備考： (連絡事項をご記入ください)

お送りいただくもの： 模型  ワックスアップ  当該技工指示書

送料はお客様負担となります、悪しからずご了承ください。

送り先：	〒140-0004 東京都品川区南品川2-2-5-4F CARES ソリューションセンター	☎:0120-03-2280 TEL:03-6433-2280 FAX:03-6433-2021
------	---	--

製品及び価格等に関しましては、お客様担当ストローマン営業員にお問合せください。

製作における質問等に関しましてはCARESソリューションセンターにお問合せください。

