


SAKURA 技工指示書 (天然歯修復用)

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)

製作物	使用ディスク	歯式	最終シェード
クラウン <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"/>		
インレー/オンレー <input type="checkbox"/>	スーパーライトR <input type="checkbox"/>	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7	_____
	ブリッジ <input type="checkbox"/>	ライト <input type="checkbox"/>	フレームユニット (歯) 数
	ミディアム <input type="checkbox"/>	ユニット (歯)	CSC確認欄
アジャストメント希望 <input type="checkbox"/>		アジャストメント希望の場合チェックを入れてください。	

注文方法 (チェックマークを付してください)

Wスキャンで注文 <input type="checkbox"/>	模型、ワックスアップ、当該技工指示書を下記までお送りください。
スキャン&デザインで注文 <input type="checkbox"/>	模型及び当該技工指示書を下記までお送りください。
デザインデータを送信して注文したい場合はホームページ https://cares-sc.jp よりデータをアップロードしてください。	

備考： (連絡事項をご記入ください)

Wスキャンで注文、スキャン&デザインで注文、及びデザインデータ送信で注文の方でアジャストメントを希望される場合、模型送付時の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。

