

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	
事業所名					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けてください)

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 <input type="checkbox"/>	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7	
	ホワイト(単色) 30mm <input type="checkbox"/>		
	ブリーチ <input type="checkbox"/>	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7	
ガム無し <input type="checkbox"/>	スーパーライトW <input type="checkbox"/>	フレームユニット (歯) 数	
	スーパーライト <input type="checkbox"/>		
	スーパーライトR <input type="checkbox"/>	ユニット (歯)	
	ライト <input type="checkbox"/>		
	ミディアム <input type="checkbox"/>	焼結前ステイン希望 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	

インプラントメーカ/コネクションタイプ (チェックマークを付けてください)

※スクリューは同梱されます

Straumann	SRAアバットメント上 <input type="checkbox"/>	
※スクリュータイプを選択ください	オクルーザルスクリューテーパータイプ <input type="checkbox"/>	
	オクルーザルスクリュー平ネジタイプ <input type="checkbox"/>	
Nobel Biocare	マルチユニットAb(ユニバーサルAb) 上 <input type="checkbox"/>	
Neodent	ミニコニカルアバットメント上 <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。

