

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>または<最終シート>どちらかのご記入をお願いします		歯式
ガム付 <input type="checkbox"/> ガム無し <input type="checkbox"/>	<使用ディスク>		<最終シート> 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 <hr/> 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 _____ ユニット (歯)
	グラデーション 30mm	<input type="checkbox"/>	
	ホワイト(単色) 30mm	<input type="checkbox"/>	
	ブリーチ	<input type="checkbox"/>	
	スーパーライトW	<input type="checkbox"/>	
	スーパーライト	<input type="checkbox"/>	
	スーパーライトR	<input type="checkbox"/>	
	ライト	<input type="checkbox"/>	
ミディアム	<input type="checkbox"/>		
ディスク選択不明の場合はこちらをご記入ください			
焼結前ステイン希望 なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ⇒ (右記に詳細のご記入をお願いします)			
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"/>
※アバットメントタイプを選択下さい	NP/RP		<input type="checkbox"/>
	WP		<input type="checkbox"/>
Neodent			<input type="checkbox"/>
※アバットメントタイプを選択下さい	ミニコニカルアバットメント上		<input type="checkbox"/>
	マイクロアバットメント上		<input type="checkbox"/>
京セラ	スプリントアバットメント上		<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 <input type="checkbox"/> ワックスアップ <input type="checkbox"/> 当該技工指示書 <input type="checkbox"/> 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。			