

CARES CIB Template(プロビジョナル) 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)

<使用ディスク>と<シェード>を選択		歯式						
<使用ディスク>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> </table>	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	ユニット (歯)	
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7							
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7							
単色ディスク	<input type="checkbox"/>							
2層ディスク	<input type="checkbox"/>							
注意：2層ディスクのガム色は1色のみとなります。								
<シェード>		どちらかの個数に○を付けてください。 個数： 1個 or 2個						
Bleach	<input type="checkbox"/>							
A1	<input type="checkbox"/>							
A2	<input type="checkbox"/>							
A3	<input type="checkbox"/>							

インプラントメーカー/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せん

Straumann	SRAアバットメント上	<input type="checkbox"/>
	オクルーザルスクリュー平ネジタイプのみ	
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 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。

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

