

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<最終シェード>どちらかのご記入をお願いします			歯式					
ガム付 ☐ ガム無し ☐	<使用ディスク>		<最終シェード>	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7					
	グラデーション 30mm ☐		ディスク選択不明の場合はこちらをご記入ください	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7					
	ホワイト(単色) 30mm ☐								
	ブリーチ ☐								
	スーパーライトW ☐								
	スーパーライト ☐								
	スーパーライトR ☐								
	ライト ☐								
	ミディアム ☐								
	ライト トランス ☐								
ミディアム トランス ☐									
焼結前ステイン希望 なし ☐ あり ☐ ⇒ (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 ☐ ※スクリュータイプを選択ください <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">オクルーザルスクリュー平ネジタイプ ※推奨</td> <td style="width:50%">☐</td> </tr> <tr> <td>オクルーザルスクリューテーパータイプ</td> <td>☐</td> </tr> </table>						オクルーザルスクリュー平ネジタイプ ※推奨	☐	オクルーザルスクリューテーパータイプ	☐
オクルーザルスクリュー平ネジタイプ ※推奨	☐								
オクルーザルスクリューテーパータイプ	☐								
Nobel Biocare マルチユニットAb(ユニバーサルAb) 上 ☐ ※アバットメントタイプを選択下さい <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">NP/RP</td> <td style="width:50%">☐</td> </tr> <tr> <td>WP</td> <td>☐</td> </tr> </table>						NP/RP	☐	WP	☐
NP/RP	☐								
WP	☐								
Neodent ☐ ※アバットメントタイプを選択下さい <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">ミニコンカルアバットメント上</td> <td style="width:50%">☐</td> </tr> <tr> <td>マイクロアバットメント上</td> <td>☐</td> </tr> </table>						ミニコンカルアバットメント上	☐	マイクロアバットメント上	☐
ミニコンカルアバットメント上	☐								
マイクロアバットメント上	☐								
京セラ スプリントアバットメント上 ☐									
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		☎:0120-03-2280						
	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。									