

# 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          | 顧客番号 |
| ストローマン社顧客番号 | 525       | ST担当営業員名         |      |
| 施設名         |           | 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)

| 製作物                                | <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             |               |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| クラウン <input type="checkbox"/>      | <使用ディスク>                            |                                                                                     |                |               |
|                                    | ブリーチ <input type="checkbox"/>       | <最終シェード>                                                                            | 7 6 5 4 3 2 1  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| インレー/オンレー <input type="checkbox"/> | スーパーライトW <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"/>    | ディスク選択不明<br>の場合はこちらを<br>ご記入ください                                                     | _____ ユニット (歯) |               |
|                                    | スーパーライトR <input type="checkbox"/>   |                                                                                     |                |               |
| ブリッジ <input type="checkbox"/>      | ライト <input type="checkbox"/>        |  |                |               |
|                                    | ミディウム <input type="checkbox"/>      |                                                                                     |                |               |
|                                    | ライト トランス <input type="checkbox"/>   |                                                                                     |                |               |
|                                    | ミディウム トランス <input type="checkbox"/> |                                                                                     |                |               |

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)

アジャストメント希望    ☐    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    ☐    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    ☐    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。

