

# 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 <input type="checkbox"/>  ガム無し <input type="checkbox"/>	<使用ディスク>	<最終シェード>
	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"/>	7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7
	ブリーチ <input type="checkbox"/>	<small>ディスク選択不明の場合はこちらをご記入ください</small>
	スーパーライトW <input type="checkbox"/>	
	スーパーライト <input type="checkbox"/>	_____ ユニット (歯)
	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"/>	
ライト トランス <input type="checkbox"/>		
ミディアム トランス <input type="checkbox"/>		

焼結前ステイン希望  あり

※上記にチェックが無い場合はステイン無しとさせていただきます

**お送りいただくもの：模型  ワックスアップ  対象のアバットメント  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。

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す

<b>Straumann</b>	<b>SRAアバットメント上</b>	<input type="checkbox"/>
<small>※スクリュータイプを選択ください</small>	オクルーザルスクリュー平ネジタイプ ※推奨	<input type="checkbox"/>
	オクルーザルスクリューテーパータイプ	<input type="checkbox"/>
<b>Straumann</b>	<b>synOcta 1.5 アバットメント上</b>	<input type="checkbox"/>
	オクルーザルスクリュー	<input type="checkbox"/>
<b>Nobel Biocare</b>	<b>マルチユニットAb(ユニバーサルAb) 上</b>	<input type="checkbox"/>
<small>※アバットメントタイプを選択下さい</small>	NP/RP	<input type="checkbox"/>
	WP	<input type="checkbox"/>
<b>Neodent</b>		<input type="checkbox"/>
<small>※アバットメントタイプを選択下さい</small>	ミニコン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"/>
<b>京セラ</b>	<b>スプリントアバットメント上</b>	<input type="checkbox"/>

備考： (連絡事項をご記入ください)

  
  
  

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。

