

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	
	<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
ガム付 ☐	ブリーチ ☐	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
	スーパーライトW ☐			
	スーパーライト ☐			
	スーパーライトR ☐			
ガム無し ☐	ライト ☐	ステインについて詳細のご記入をお願いします。		
	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 あり ☐

※上記にチェックがない場合はステイン無しとさせていただきます

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

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	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バータイプ	☐
Straumann	synOcta 1.5 アバットメント上	☐
Nobel Biocare	マルチユニットアバットメント上	
※アバットメントタイプを選択下さい	NP/RP	☐
	WP	☐
Neodent	ミニコニカル・マイクロ アバットメント上	
※アバットメントタイプを選択下さい	ミニコニカル	☐
	マイクロ	☐
京セラ	スプリントアバットメント上	☐

お送りいただくもの：模型 ☐ ワックスアップ ☐ アバットメント(synOctaの場合のみ) ☐ 当該技工指示書 ☐

※送料につきましてはお客様のご負担となります。あらかじめご了承くださいませ。

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。

