

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"> <tr> <td>7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> </table> 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
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	☐						
2層ディスク	☐						
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	☐						
A1	☐						
A2	☐						
A3	☐						

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
	オクルーザルスクリュー平ネジタイプ ☐
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2-2-5-4 F 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。

