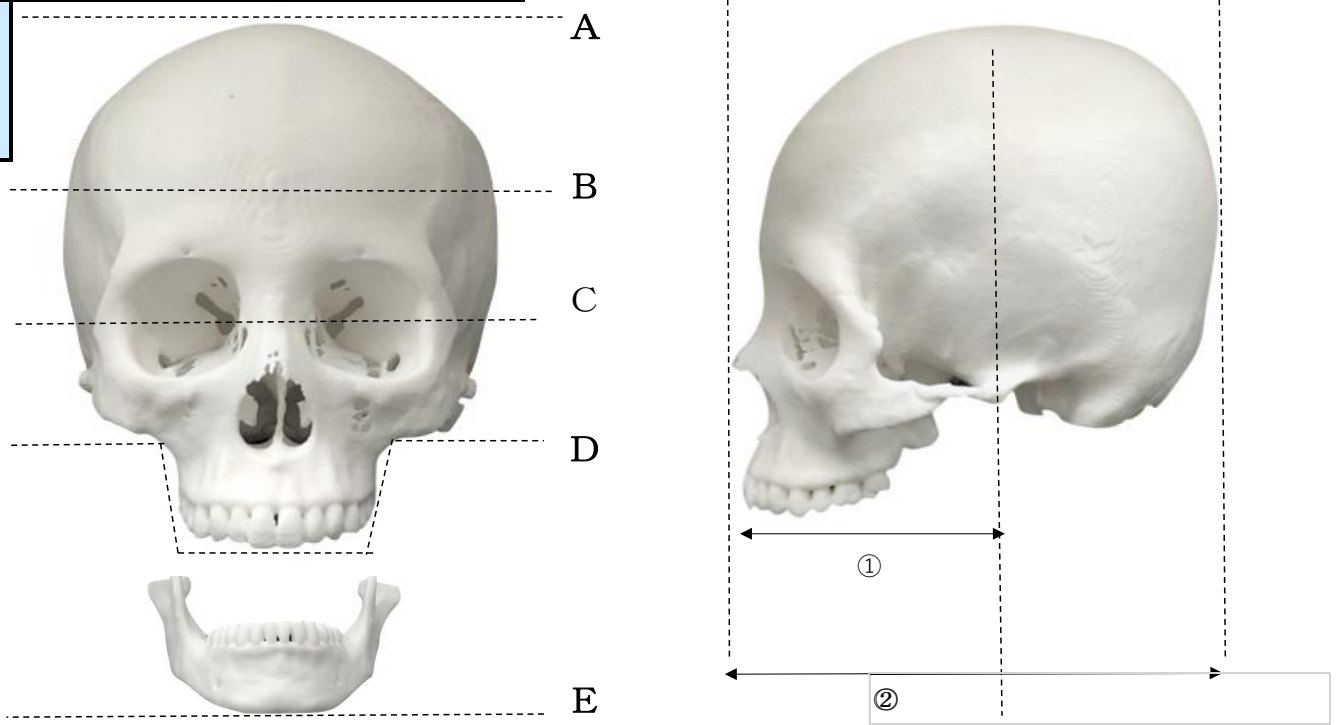


3D・オーダーシート ※印は必須項目です

FAXにて076-288-7608まで送信をお願いいたします。

発注日※	年 月 日	納品希望日※	年 月 日
患者様名※	様	(AM・PM必着)	
医療機関名※	様	診療科及び担当者様※	様
住所※	〒		
電話番号※		FAX番号	
e-mail※			

モデル
製作範囲



製作範囲 1上下顎（一体 Or 分離） 2上顎のみ 3 下顎のみ 4下顎補強バー
 指示※ 記入例 C～E① 上記①～④を囲んでください

ご要望
その他

傷病名および目的 ・ 特に関心領域をお知らせください。

注意事項

- ※① データ方式：DICOMデータのみ受け付け可能となっております。
- ※② スライス画像：Axial方向のスライス画像で同シリーズ
骨幹部を抜かれて撮影された場合でも同シリーズになっていれば利用可能です
- ※③スライス厚み：2mm以下・出来るだけ薄めのもの
- ※④撮影条件：軟部条件推奨 GE・Standard
TOSHIBA・FC01・FC03・FC04・FC10・FC15（FC30はNG）

有限会社 デントニウム
 〒929-0455 石川県河北郡津幡町倉見1119
 TEL (076) 288-7008 FAX (076) 288-7608
 アドレス cadcam@dentnium.com
 ※ご不明な点はお気軽にお問い合わせください

