

# ※記入例 デジタル・オーダーシート

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	デント 花子 様		(AM・PM必着)
歯科医院名	デントニウム歯科医院 様	担当者名	○○ 様
住所	〒929-0455 津幡町倉見イ119番地		
電話番号	076-288-7008	FAX番号	076-288-7608
e-mail	○○ @ ○○. ne. jp		

技工物	<input checked="" type="checkbox"/> ジルコニア (モノリシック・コーピング)	シェード	<input type="checkbox"/> A1
	<input type="checkbox"/> PMMA		<input checked="" type="checkbox"/> A2
	<input type="checkbox"/> 保険適用CAD/CAM		<input type="checkbox"/> A3
	<input type="checkbox"/> サージカルガイド		<input type="checkbox"/> A3.5
	<input type="checkbox"/> 3D模型		<input type="checkbox"/> A4
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> その他 ( )

プラン	<input type="checkbox"/> フルデータ送信プラン ※加工のみとなります	<input type="checkbox"/> ダブルスキャンプラン
	<input checked="" type="checkbox"/> スキャンデザインプラン ※加工のみとなります	<input type="checkbox"/> 研磨・完成までプラン

部位	<input checked="" type="checkbox"/> 単冠	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	<input type="checkbox"/> 連冠		
	<input type="checkbox"/> ブリッジ	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

オプション	<input type="checkbox"/> リムーバルノブ・作業用ノブ	<input type="checkbox"/> マージンの厚み調整
	<input type="checkbox"/> カラー (フレームサポート形状)	<input checked="" type="checkbox"/> 模型製作
	<input type="checkbox"/> アクセスホール	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

預かり品	<input type="checkbox"/> 分割&トリミング済・本模型	<input checked="" type="checkbox"/> 対合歯模型	<input checked="" type="checkbox"/> バイト
	<input type="checkbox"/> インプラントレプリカ	<input type="checkbox"/> 咬合器	<input type="checkbox"/> WAXパターン
	<input type="checkbox"/> 支台歯のみ	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 印象	<input checked="" type="checkbox"/> 本模型	

その他 ご要望	

※ STL及びDCMデータのみ受け付け可能となっております。

※ ①3shape ②コネクタケースセンター (旧シロナコネクタ)

③iTero MyAligntech

上記3社は登録済ラボとなっております

※ガイド製作用データ cmg. dxd形式をお願いいたします。

※①3shape ②コネクタケースセンター (旧シロナコネクタ)

③iTero MyAligntech

上記3社は登録済ラボとなっております

有限会社 デントニウム

〒929-0455 石川県河北郡津幡町倉見119

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

