

太枠内は必須項目です

歯科医院様控 歯科技工所様控

● ご依頼日		年	月	日	納品予定日	年	月	日
フリガナ 患者様名								
様 性別(男 ・ 女)年齢(才)								
請求先	納品先	<input type="checkbox"/> の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(請求先に <input checked="" type="checkbox"/> が無い場合は、納品先に請求させていただきます)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科医院名		担当 様				
		住所 〒						
		TEL :		FAX :				
		Email :						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	技工所名		担当 様				
		住所 〒						
		TEL :		FAX :				
		Email :						

- 送付物: 模型 レジンパターン 個 スクリュー 本 その他()
- スキャンボディ: Encode ヒーリングアバットメント DTI スキャンボディ その他()

設計指示詳細

※ゴールドタイトスクリューを選択された場合は、別途費用がかかります。
※ロープロファイル ヘクストの受注は、行っていません。

● 設計 技工物: チタンカスタムベース/インプラントブリッジ 【金属材料: チタン合金 Ti-6AL-4V(64チタン) 認証番号 222AIBZX00037000 / 純チタン 認証番号 222AIBZX00036000 / コバルトクロム合金 認証番号 225AABZX00085000】								
□ 下記の詳細設定にて発注します。チタンカスタムベース/インプラントブリッジは、歯科医師が発行する指示書によって製作する技工物です。DTI への再委託につき、歯科医師の了承の上、ご発注ください。(ご確認の上、□に✓をご記入ください。)								
部位	システム	径タイプ		クイックシート コネクション	スクリュー		Encode ヒーリングアバットメント 規格番号	備考
	<input type="checkbox"/> Certain* Internal <input type="checkbox"/> External Hex <input type="checkbox"/> ロープロファイル	<input type="checkbox"/> 3.4mmD <input type="checkbox"/> 4.1mmD <input type="checkbox"/> 5.0mmD <input type="checkbox"/> 6.0mmD	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> ノンヘクスト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> スクエア		
	<input type="checkbox"/> Certain* Internal <input type="checkbox"/> External Hex <input type="checkbox"/> ロープロファイル	<input type="checkbox"/> 3.4mmD <input type="checkbox"/> 4.1mmD <input type="checkbox"/> 5.0mmD <input type="checkbox"/> 6.0mmD	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> ノンヘクスト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> スクエア		
	<input type="checkbox"/> Certain* Internal <input type="checkbox"/> External Hex <input type="checkbox"/> ロープロファイル	<input type="checkbox"/> 3.4mmD <input type="checkbox"/> 4.1mmD <input type="checkbox"/> 5.0mmD <input type="checkbox"/> 6.0mmD	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> ノンヘクスト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> スクエア		
	<input type="checkbox"/> Certain* Internal <input type="checkbox"/> External Hex <input type="checkbox"/> ロープロファイル	<input type="checkbox"/> 3.4mmD <input type="checkbox"/> 4.1mmD <input type="checkbox"/> 5.0mmD <input type="checkbox"/> 6.0mmD	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> ノンヘクスト	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> ゴールド	<input type="checkbox"/> ヘクスト <input type="checkbox"/> スクエア		

- 当歯科技工指示書には必ず、歯科医師名・患者様名・請求先・納品先をご記入ください。
- 納期につきましては、ホームページよりご確認ください。地域・天候・交通事情などによりご希望に添えない場合もございます。
- 当歯科技工指示書で作製されたものは、返品/返金および交換はいたしかねます。

受託歯科技工所1 (模型送付先): DTI / STARGATE CENTRAL OFFICE
住所: 〒320-0026 栃木県宇都宮市馬場通り2-1-1 NMF宇都宮ビル7F
TEL: 0120-418-325 FAX: 028-612-2106 email: sgco@dti-stargate.co.jp
受託歯科技工所2: S.P.D.L. (SP Dental Laboratory) ミリングセンター