

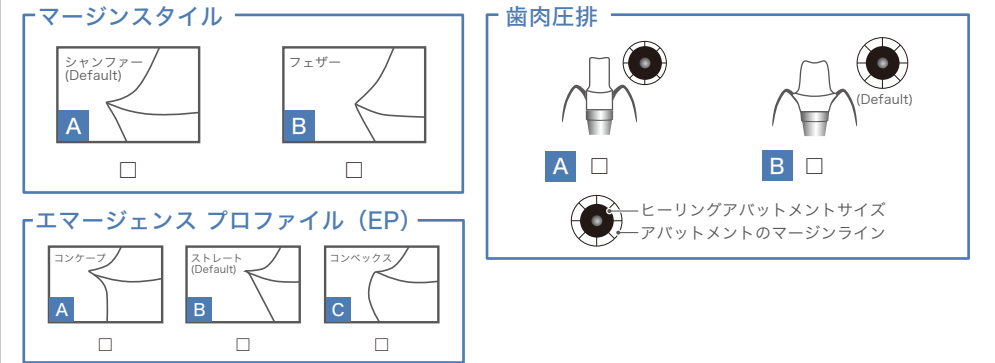
太枠内は必須項目です

● 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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住所 〒						
		TEL :			FAX :			
		Email :						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	技工所名		担当		様		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	住所 〒						
		TEL :			FAX :			
		Email :						

歯科医院様控 歯科技工所様控

- 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 ヒーリングアパットメント 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】								
<input type="checkbox"/> 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、 <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> 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 ヒーリングアパットメント 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。
ご発注について ● 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): Dental Technology Instituteとちぎ (DTIとちぎ)
住所: 〒322-0251 栃木県鹿沼市野尻 113-6
TEL: 0120-418-325 FAX: 0120-418-321 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