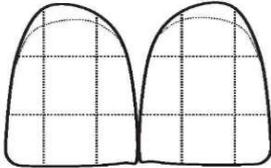
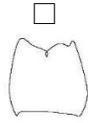
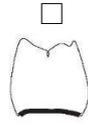
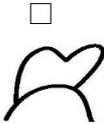
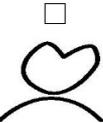
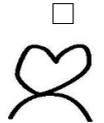
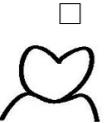
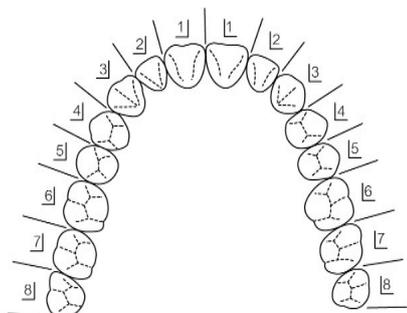
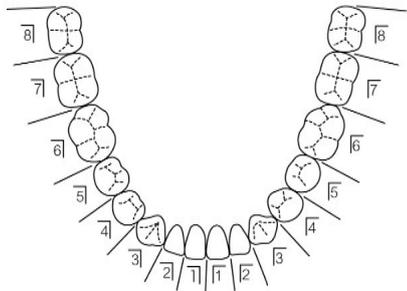


歯科医院名・歯科技工所名			CASE NO 弊社記入欄																														
セッ日 月 日 時間 AM : PM :			患者名		才 男・女																												
シェード： 			補綴技工物種類																														
送信先：technosdentalarts@gmail.com			<input type="checkbox"/> e-maxステイニング <input type="checkbox"/> インレー <input type="checkbox"/> 単冠 <input type="checkbox"/> e-maxレイヤリング <input type="checkbox"/> クラウン <input type="checkbox"/> 連冠 <input type="checkbox"/> メタルボンド <input type="checkbox"/> ベニア <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> フルジルコニア <input type="checkbox"/> 鋳造アバットメント <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> レイヤリングジルコニア <input type="checkbox"/> Ti アバットメント <input type="checkbox"/> 試適 <input type="checkbox"/> CAD CAM 冠 <input type="checkbox"/> Zir アバットメント (Ti base) (ワックス・メタルフレーム)																														
メタル デザイン			ポンティック デザイン																														
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 			<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 																														
オプション		コンタクト		クリアランスがない場合																													
<input type="checkbox"/> ポーセレンマージン <input type="checkbox"/> 舌側ノブ		<input type="checkbox"/> 面コンタクト <input type="checkbox"/> 点コンタクト		<input type="checkbox"/> 弱く <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強く																													
<input type="checkbox"/> 弱く <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強く				<input type="checkbox"/> 対合歯を削る <input type="checkbox"/> メタルまたはジルコニアで咬ませる																													
義歯技工物種類			<input type="checkbox"/> 試適 <input type="checkbox"/> 完成																														
<input type="checkbox"/> Valplast デンチャー			<input type="checkbox"/> アクリリックデンチャー <input type="checkbox"/> メタルフレームデンチャー																														
			<table border="1"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>			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																				
			モールド： ガムシェード：																														
			<input type="checkbox"/> 指示書発行時点で患者様の海外製上記補綴物の輸入代行を了承頂いたものと致します																														
付属品	<input type="checkbox"/> 対合歯 <input type="checkbox"/> 旧義歯	<input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> 写真	<input type="checkbox"/> 参考模型 <input type="checkbox"/> 咬合器	その他：																													



(株) テクノス デンタル アート

電話：03-6666-7556

携帯：080-1665-9665

info@technosdental.com

〒136-0073

東京都江東区北砂3-38-9

千須和ビル4F