

ラヴァフレーム技工指示書

*は、必須項目です。

品質管理基準に基づく

| | |
|-----------------------------|------------------|
| ご依頼日 年 月 日 | * 納品希望日 年 月 日 |
| *歯科医院名・氏名 | *歯科技工所名・氏名 |
| <input type="checkbox"/> 新規 | |
| *住所 〒 | *住所 〒 |
| *TEL: | *TEL: |
| *患者名(フリガナ) | 年齢() *性別(男・女) |
| *E-メールアドレス | *E-メールアドレス |
| *FAX番号: | *FAX番号 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *部位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | L |
| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |

| | |
|--|---|
| *各プラン <input type="checkbox"/> にチェックしてください | |
| <input type="checkbox"/> スキャンプラン <input type="checkbox"/> フィットプラン <input type="checkbox"/> データプラン <input type="checkbox"/> カスタムアバットメントプラン <input type="checkbox"/> 内冠プラン | |
| <p style="text-align: center;">*設計 <input type="checkbox"/>にチェックしてください</p> <input type="checkbox"/> 単独冠 <input type="checkbox"/> 連結冠 <input type="checkbox"/> 3unitブリッジ <input type="checkbox"/> 4unitブリッジ <input type="checkbox"/> 5unitブリッジ <input type="checkbox"/> 6unitブリッジ <input type="checkbox"/> インレーブリッジ(保障適用外です) | <p style="text-align: center;">オプション(別料金)</p> <input type="checkbox"/> マージンアジャスト(1歯) ¥1,000 × 歯 <small>通常マージン調整をしております。</small> <input type="checkbox"/> ダウエル模型作成(模型数) ¥1,000 × 個 <input type="checkbox"/> ノブ付 (1歯) ¥0 × 歯 <input type="checkbox"/> カラー付(1歯) ¥0 × 歯 <input type="checkbox"/> ダブルスキャン(1個) ¥500 × 個 <small>ワックスフレームをご用意頂ければ無料となります。</small> <input type="checkbox"/> デジタルワックスナイフ(形態補正1個) ¥500 × 個 <small>ワックスフレームがなく、足りない箇所をPC画面上で盛り足す場合。</small> |
| <p>フレームシェードのご指定(○で囲んでください) FS1 FS2 FS3 FS4 FS5 FS6 FS7 なし</p> <p>築盛プラン色調のご指定(○で囲んでください) A1 A2 A3 A3.5 A4 B1 B2 B3 B4 C1 C2 C3 C4 D2 D3 D4 他()</p> | |

| | |
|------------|--|
| 製造販売業者 | :スリーエム ヘルスケア株式会社 歯科用製品事業部 |
| 受諾歯科技工所 | :東京ミリングセンター |
| ミリングセンター住所 | :東京都中央区佃2-1-6 リバシティMスクエア1階 |
| お問合せ先 | :lava@tokyomillingcenter.com 電話:03-3534-9881 |
| 商品に関する情報は | :http://www.tokyomillingcenter.com |