

技工指示書

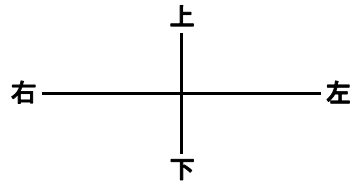
ODLミリングセンター

TEL/FAX 045-325-7160

医院名 / 技工所名	患者様名
	納品希望日(必須)
	月 日 到着希望

希望製作プラン ※STLデータの場合はFAXにて指示書をご送信ください

<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成
<input type="checkbox"/> ジルコニアコーピング	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成
<input type="checkbox"/> ジルコニアクラウン	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成



<input type="checkbox"/> 単冠	<input type="checkbox"/> 連冠	<input type="checkbox"/> ブリッジ
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※部位の指定、ブロック、シェード必ずご記入ください。

ブロック	シェード	責任者 [㊞]	担当者 [㊞]

注意事項/詳細記入欄

ODLミリングセンター
〒232-0022 神奈川県横浜市南区高根町4-27栗田ビル402

技工指示書

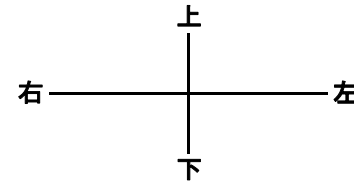
ODLミリングセンター

TEL/FAX 045-325-7160

医院名 / 技工所名	患者様名
	納品希望日(必須)
	月 日 到着希望

希望製作プラン ※STLデータの場合はFAXにて指示書をご送信ください

<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成
<input type="checkbox"/> ジルコニアコーピング	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成
<input type="checkbox"/> ジルコニアクラウン	<input type="checkbox"/> STLデータ	<input type="checkbox"/> ダブルスキャン	<input type="checkbox"/> 完成



<input type="checkbox"/> 単冠	<input type="checkbox"/> 連冠	<input type="checkbox"/> ブリッジ
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※部位の指定、ブロック、シェード必ずご記入ください。

ブロック	シェード	責任者 [㊞]	担当者 [㊞]

注意事項/詳細記入欄

ODLミリングセンター
〒232-0022 神奈川県横浜市南区高根町4-27栗田ビル402