

TO: ODLミリングセンター

※15:00以降のFAXは翌日扱いとなります。お急ぎの場合はお電話にてご連絡をお願い致します。

TEL&FAX 045(325)7160

TEL&FAX 045(325)7160

技工指示書

ODL ミリングセンター

CAGE NO: ※空欄はご記入、□にはチェックマークをお願いします。

| | | | | |
|--|----------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 歯科医院名/歯科技工所名 | | 納期希望日 (必須) | | |
| | | 年 月 日 | | |
| 患者様名 (必須) | | 部位 (必須) | | |
| | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | | |
| | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | | |
| シェード(必須) | ブロック(必須) | <input type="checkbox"/> 単冠 | <input type="checkbox"/> 連結 | <input type="checkbox"/> Bridge |
| お預り品 <input type="checkbox"/> 分割模型 <input type="checkbox"/> 対合模型 <input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> 咬合器 <input type="checkbox"/> ワックスアップ <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

| | | | |
|---|------------------------------|--|---|
| 希望製作プラン (必須) | | <input type="checkbox"/> 模型発送プラン <input type="checkbox"/> STL送信プラン | |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアコーピング | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> トータルデザイン |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアクラウン | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> 保険CAD/CAM冠 | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> ミリング <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアアバットメント | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> ミリング <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> チタンアバットメント | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> 完成まで |
| STLデザイン <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 | | | |

詳細指示、注意事項等

〒232-0022
横浜市南区高根町4-27栗田ビル40
ODL ミリングセンター
TEL&FAX 045(325)7160

弊社記入欄

技工指示書

ODL ミリングセンター

CAGE NO: ※空欄にはご記入、□にはチェックマークをお願いします。

| | | | | |
|--|----------|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 歯科医院名/歯科技工所名 | | 納期希望日 (必須) | | |
| | | 年 月 日 | | |
| 患者様名 (必須) | | 部位 (必須) | | |
| | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | | |
| | | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 | | |
| シェード(必須) | ブロック(必須) | <input type="checkbox"/> 単冠 | <input type="checkbox"/> 連結 | <input type="checkbox"/> Bridge |
| お預り品 <input type="checkbox"/> 分割模型 <input type="checkbox"/> 対合模型 <input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> 咬合器 <input type="checkbox"/> ワックスアップ <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

| | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| 希望製作プラン (必須) | | <input type="checkbox"/> 模型発送プラン <input type="checkbox"/> STLデータ送信プラン | |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアコーピング | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> トータルデザイン |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアクラウン | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> 保険CAD/CAM冠 | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> ミリング <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> ジルコニアアバットメント | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> ミリング <input type="checkbox"/> 完成 |
| <input type="checkbox"/> チタンアバットメント | <input type="checkbox"/> STL | <input type="checkbox"/> ダブルスキャン | <input type="checkbox"/> 完成まで |
| STLデザイン <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 | | | |

詳細指示、注意事項等

〒232-0022
横浜市南区高根町4-27栗田ビル402
ODL ミリングセンター
TEL&FAX 045(325)7160

弊社記入欄