

技工指示書 データ送付用

発行医療機関名				データ確認
住所				担当者
担当者様		Email		
電話番号		FAX番号		
クランケ	年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
セット日	年	月	日 ()	時 分
発行日	年	月	日 ()	次回 <input type="checkbox"/> 試適 <input type="checkbox"/> 完成

部位

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

単冠 連結 ンエード _____

データ情報

使用システム	<input type="checkbox"/> SIRONA <input type="checkbox"/> iTero <input type="checkbox"/> その他 ()			
データ送信方法	<input type="checkbox"/> シロナコネクト <input type="checkbox"/> マイアイテロ <input type="checkbox"/> メール (ギガファイル便)			
お預かり品	<input type="checkbox"/> データのみ <input type="checkbox"/> その他 ()			
口腔内写真	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	データ送信日	年	月 日 時 分

ご依頼技工物

<input type="checkbox"/> フルジルコニア	<input type="checkbox"/> ステインあり	<input type="checkbox"/> ステインなし
<input type="checkbox"/> ジルコニアレイヤリング	<input type="checkbox"/> ステインあり	<input type="checkbox"/> ステインなし
<input type="checkbox"/> ジルコニアフレーム		
<input type="checkbox"/> オールセラミック	<input type="checkbox"/> HT	<input type="checkbox"/> MT
<input type="checkbox"/> CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/> 前歯	<input type="checkbox"/> 小白歯 <input type="checkbox"/> 大白歯
<input type="checkbox"/> CAD/CAMインレー	<input type="checkbox"/> 小白歯	<input type="checkbox"/> 大白歯
<input type="checkbox"/> チタン冠	<input type="checkbox"/> チタン前装冠	
<input type="checkbox"/> インプラント上部構造	<input type="checkbox"/> TEK	

特筆事項・指示



〒480-1144
愛知県長久手市熊田1102-1

TEL 0561-63-8098
FAX 0561-76-7198
e-mail order@yktech.co.jp

送付方法	シロナコネクト・iTero	FAXを送って下さい	FAX送信先	0561-76-7198
	メール (ギガファイル便)	メールに指示書も添付して下さい	ADD	