

受託先歯科医院に関する情報

(歯科技工士法に基づき、以下の記載または技工指示書原本を添付ください)

\* お客様番号は必ずご記入下さい (初めてのお客様は空欄で結構です)

施設名	お客様番号	フリガナ
住所	〒 ご担当者名： ご休業日：月 火 水 木 金 土 日 祝	
TEL		
FAX		
E-Mail		

歯科 医院名	フリガナ
住所	〒 ご担当歯科医師名：
TEL	
FAX	
E-Mail	

顧客の要求番号	フリガナ
	患者名

部位	<table border="1"> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> <tr> <td>8</td><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><td>8</td> </tr> </table>	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
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																		

☑	品番	品名	単価	数量
<b>データ発注 (データNo :</b>				
<input type="checkbox"/>	L5241	セルコンZ冠 ホホワイト	¥3,800	× 本
<input type="checkbox"/>	L5242	セルコンZ冠 ライト	¥3,800	× 本
<input type="checkbox"/>	L5243	セルコンZ冠 ミディアム	¥3,800	× 本
<input type="checkbox"/>	L5126	セルコンコーピング【下記より色選択】	¥5,000	× 本

**納期およびその他注意事項**

- \* 弊社到着翌日の3営業日後(土日祝を除く)に発送となります
- \* 5歯以上連結の場合、弊社到着翌日の4営業日後に発送となります
- \* カラーリングご要望の場合は、納期に1日追加されます
- \* インレーの製作はお受けいたしていません
- \* 技工物のサイズによって、ご相談させて頂く場合がございます

ht 【 ホイット ・ ライト ・ ミディアム 】  
ベース 【 ホイット ・ ライト ・ ミディアム ・ カラード 】

☑	品番	品名	単価	数量
<b>ワックスパターン発注</b>				
<input type="checkbox"/>	L5244	セルコンZ冠 ホホワイト	¥4,500	× 本
<input type="checkbox"/>	L5245	セルコンZ冠 ライト	¥4,500	× 本
<input type="checkbox"/>	L5246	セルコンZ冠 ミディアム	¥4,500	× 本
<input type="checkbox"/>	L5125	セルコンコーピング【下記より色選択】	¥6,800	× 本

**送付物チェック**

- ワックスアップ
- 作業模型     対合歯     咬合器
- 複模型     バイト
- その他： \_\_\_\_\_

納品希望日：                      月                      日

☑	品番	品名	単価	数量
<b>技術料 (ケースによって必須の場合があります)</b>				
<input type="checkbox"/>	L5234	多数歯連結 技術料 (7歯以上で必要)	¥1,000	× 本
<input type="checkbox"/>	L5130	非石膏支台歯スキャニング料	¥2,000	× 本
<input type="checkbox"/>	L5168	分割模型作製料	¥1,000	× 個

**備考**

- ◎ 連結本数を記載 (ポンティック含む)
- ◎ 支台歯が石膏模型以外の場合

☑	品番	品名	単価	数量
<b>オプション</b>				
<input type="checkbox"/>	L5235	カラーリング (希望シェード)	¥4,000	× 本
<input type="checkbox"/>	L5167	調整料	¥1,000	× 本
<input type="checkbox"/>	L5236	鏡面仕上げ	¥2,000	× 本
<input type="checkbox"/>	L5232	アクセスホール (パターンに付与のこと)	¥1,000	× 本
<input type="checkbox"/>	---	ノブ付与 (付与部位に○)	¥0	【 近心 ・ 遠心 ・ 舌側 ・ 頬側 】
<input type="checkbox"/>	---	コンタクトポイント (盛り足し)	¥0	【 要 ・ 不要 ◎ 印がない場合は盛り足します
<input type="checkbox"/>	L5199	時間指定料 (業者指定不可)	¥600	× 件 ◎ 運送会社は指定できません

**備考**

- ◎ 厳密なシェード再現はできません
- ◎ 鏡面仕上げの際は必須
- ◎ ホール長は 2mm以内
- ◎ 印がない場合は盛り足します
- ◎ 運送会社は指定できません

※弊社記入欄 (本欄への記載は製作に反映されません)

請求日：      年      月      日

受入日：      年      月      日

ケース等                       航空便

デンツプライシロナ株式会社  
デジタルデンタルソリューションセンター東京  
〒140-0012 東京都品川区勝島1-5-21  
東神ビルディング 別館11号館 3F  
デンツプライシロナ株式会社 DDSC - T  
TEL : 0120-016-152 FAX : 0120-280-630