

\* 患者名 \_\_\_\_\_ 性別 男 / 女 年齢( 歳)

* 歯科医院名 / 歯科技工所名	ご担当者名																																
* 住所 〒	Tel																																
	Fax																																
	E-mail																																
* 納品期日 年 / 月 / 日	時間 AM / PM :																																
技工指示 <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">* シェード _____</p>		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																		

\* 設計、材質：該当項目を○で囲んでください

- アバットメント
- チタン                       ジルコニア      ナチュラル(白) / インテンス / ミディアム / ライト
- プロセラインプラントブリッジ
- チタン                       ジルコニア      ナチュラル(白) / インテンス / ミディアム / ライト

※各部位のインプラントの種別サイズなどが分かるようにご記入ください。

### オプション

- 模型作製（ダウウェルピン模型 / ガム模型 / 副模型）
- ワックスアップ（アバットメント）
- レジンアップ（PIBフレーム）
- 再製(コンプレイン) 前回ファイルネーム： \_\_\_\_\_

発注先                      滋賀県大津市大江3-7-23  
 DAP ウィッシュ  
 TEL/FAX 077-514-8778  
 Mail: info@dap-wish.com