

技工指示書

ご依頼日	年	月	日	納品希望日	年	月	日
(フリガナ) 患者名				年齢 ()			
性別 (男 ・ 女)							

品質管理基準書に基づく

株式会社デンタルデジタルオペレーション
〒532-0006
大阪府大阪市淀川区西三国1丁目3-27
TEL:06-6192-0011 FAX:06-6192-0022
info@ddo-inc.com https://ddo-inc.com

歯科医院名・氏名	技工所名・氏名
住所 〒	住所 〒
TEL	TEL
Eメールアドレス ファックス番号	Eメールアドレス ファックス番号

部位 ノブ付与の場合は□にチェックしてください
(リング中のノブの再現不良についてはそのまま出荷させていただきますのであらかじめご了承ください)

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 □にチェックしてください		オプション (1歯当たり / 別料金・税抜)	
□ 単独冠		□ マージンアジャスト ￥2,000	
□ 連結冠		■ 通常はマージンの調整はしていません	
□ アバットメント	□ CAD/CAM冠	□ リンガルカラーデザイン ￥1,000	
□ フレーム	□	■ ワックスアップをご用意いただきますと料金は無料になります	
□ フルジルコニアCr	□	□ フルアナトミカルデザイン ￥2,000	
		■ ワックスアップをご用意いただきますと料金は無料になります	

ジルコニアシェードのご指定	
3M™ Lava™ プラス	W0・W1・W3・A1・A2・A3・A3.5・B2
3M™ Lava™ エステティック	Bleach・A1・A2・A3・A3.5・B1・C1・D2
ストローマン Sakura	Bleach・Super Light W・Super Light・Super Light R・Light・Medium

備考
