

技工指示書

送付物

歯科医院名

歯科医師名

☐支台歯模型

☐ベリフィケーションインデックス

☐参考用模型

☐USB・SDカード等

☐その他

☐クラウドサービスにてデータ送付

TEL

() 才 男 ・ 女

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

発行日

納品希望日

セット日

AM

20 年 月 日 20 年 月 日

20 年 月 日 PM

:

インプラントメーカー ()

インプラントの種類・サイズ ()

スキャンボディのメーカー ()

シェード

☐単冠 ☐連結

☐PFZ

☐診断用デジタルワックアップ

☐フルジルコニア

☐プロビジョナル

☐e.max Prime Esthetic

☐PFZスクリーリテンション

☐フルジルコニア

☐フルジルコニア

スクリーリテンション

スクリーリテンション

☐フルジルコニア

セメンティング

☐スクリーリテンション

☐即時荷重用プロビジョナル

プロビジョナル

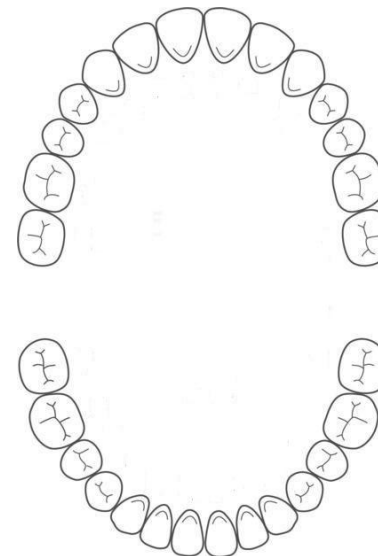
☐フルジルコニア

☐ス테인仕上げ

☐カスタムチタンベース

☐既製チタンベース

☐どちらでも良い



株式会社CS LAB

〒292-0038 千葉県木更津市ほたる野2-37-10

TEL・FAX: 0438-38-3239 [✉cs-lab@grace.ocn.ne.jp](mailto:cs-lab@grace.ocn.ne.jp)