

御依頼(ケース発送)日

技工所名

担当者様名

御住所

TEL

FAX

E-MAIL

歯科医院名

歯科医師名

御住所

TEL

FAX

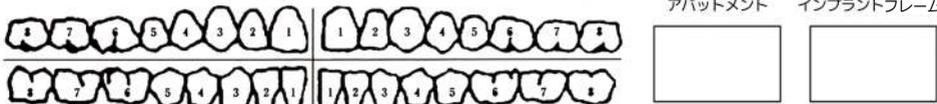
E-MAIL

患者様名

①補綴部位をマークしてください

②ユニット数

アバットメント インプラントフレーム



③マテリアル チタン合金 / コバルトクロム合金

④インプラントシステム・サイズ

⑤備考

必要事項をご記入の上、模型・レジンフレームと共にお送り下さい
必ず別紙の留意事項をお読みの上、ご依頼ください