

歯科技工指示書 セルコン Σ 冠 e.max 用

(技工注文用)

発行日	年 月 日	発行施設名・住所
納期	年 月 日 午前 午後 時 分	〒
完成納品の場合 印象日の翌週の同じ曜日 4 歯以上のケースや祝日をはさむ場合などご相談ください。 ワックスパターン預かりの場合 中3 営業日 (土日祝を除く) オプションがある場合は中4日		患者名 (フリガナ) 様
担当者名	宅配便の場合、弊社からの受注の確認が必要な場合記入してください。 FAX に限る ()	

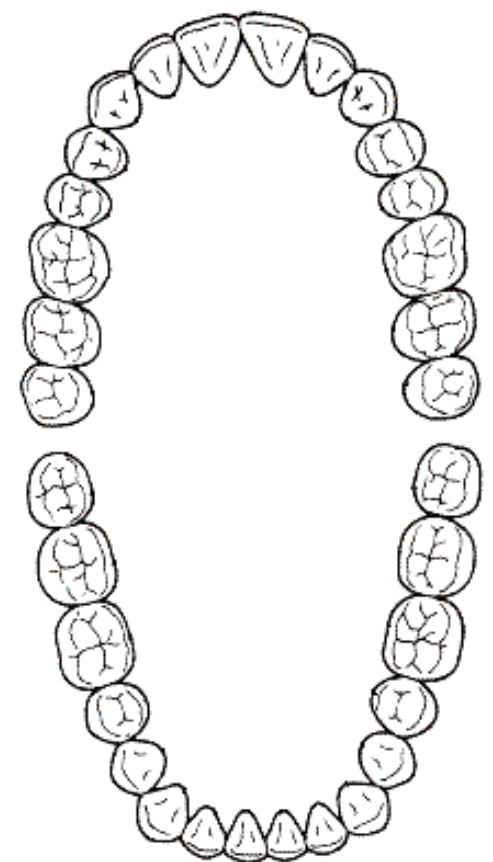
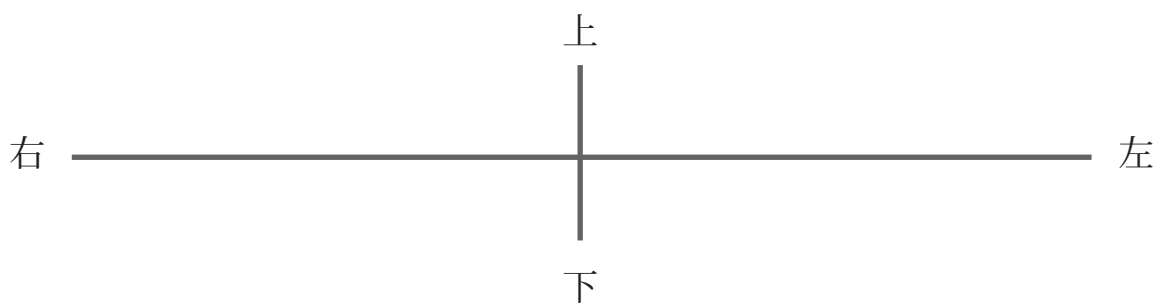
本模型 対合模型 バイト 印象 トレー 咬合器 その他 []

院(完成納品)様用	<input type="checkbox"/> Σ 冠スタンダード (ヘアライン仕様) ○ホワイト ○ライト ○ミディアム オプション <input type="checkbox"/> 鏡面仕上	<input type="checkbox"/> Σ 冠プレミアム シェード ()	<input type="checkbox"/> e.max シェード ()
	}		

ジルコニアは全て透明感のある ht です。 ホワイト※ブリーチ色調相当 ライト※A1 色調相当 ミディアム※A2.5 色調相当

院内ラックスパターン技工所様用	<input type="checkbox"/> Σ 冠 <input type="checkbox"/> ジルコニアコピーング ○ホワイト ○ライト ○ミディアム	<input type="checkbox"/> e.max シェード () オプション <input type="checkbox"/> 模型作り
	<input type="checkbox"/> スキャニングとジルコニアの削り出し焼結まで オプション <input type="checkbox"/> 模型作りとトリミング <input type="checkbox"/> デザイン (ワックスアップ) <input type="checkbox"/> 焼結後の適合調整 <input type="checkbox"/> 研磨 (ヘアライン仕上げ) <input type="checkbox"/> プレミアム用下地尺色 シェード () <input type="checkbox"/> マウント取り外し (スキャナーに模型をセットする為に必要です。)	

制作部位・設計指示 連結 リムーバブルノブ (位置を指示してください。)



受託技工所名：(株)ウエダ歯科工房 〒133-0053 東京都江戸川区北篠崎 2-9-22

Tel : 03(6638)3533 FAX : 03(6638)3532