

コンフォートシリーズ専用指示書

3枚綴り

※技工料金は「歯科医院向けコンフォートサポートサイト」をご確認またはお問合せください。

※1枚目を弊社発送用としていただき、2枚目・3枚目を代理店・医院様控えとして保管ください。

記入日(20 年 月 日)

貴医院名		担当医		紹介代理店	
貴医院住所		〒		希望納品先 (医院・代理店)	
電話番号: ()		緊急連絡先: ()		営業担当: 携帯:	
フリガナ		性別	男・女	セット予定日	月 日() AM・PM :
患者名		生年月日	西暦 年 月 日	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

PD	FD	スポーツ用義歯	
<input type="checkbox"/> コネクト ※ノンメタルクラスプタイプ <input type="checkbox"/> コネクト ※メタルクラスプタイプ	<input type="checkbox"/> コンプリート	<input type="checkbox"/> スポーツ (PD) ※メタルクラスプタイプ (推奨) <input type="checkbox"/> スポーツ (PD) ※ノンメタルクラスプタイプ	<input type="checkbox"/> スポーツ (FD)
<input type="checkbox"/> 模型診断 <input type="checkbox"/> 個人トレー <input type="checkbox"/> 咬合床 <input type="checkbox"/> 排列 + メタルフレーム試適 シェード () <input type="checkbox"/> 義歯完成 (ダイナミック印象前) 床の色: #8 (マーブル)	<input type="checkbox"/> 模型診断 <input type="checkbox"/> 個人トレー <input type="checkbox"/> 咬合床 <input type="checkbox"/> 排列 シェード () <input type="checkbox"/> 義歯完成 (ダイナミック印象前) + メタル組み込み 床の色: ライブピンク 【補強の種類】 <input type="checkbox"/> 金属床 <input type="checkbox"/> ラミネートプレート <input type="checkbox"/> キャストメッシュ <input type="checkbox"/> おまかせ	<input type="checkbox"/> 模型診断 <input type="checkbox"/> 個人トレー <input type="checkbox"/> 咬合床 <input type="checkbox"/> 排列 + メタルフレーム試適 シェード () <input type="checkbox"/> 義歯完成 (ダイナミック印象前)	<input type="checkbox"/> 模型診断 <input type="checkbox"/> 個人トレー <input type="checkbox"/> 咬合床 <input type="checkbox"/> 排列 シェード () <input type="checkbox"/> 義歯完成 (ダイナミック印象前) + メタル組み込み 床の色: ライブピンク 【補強の種類】 <input type="checkbox"/> 金属床 <input type="checkbox"/> ラミネートプレート <input type="checkbox"/> キャストメッシュ <input type="checkbox"/> おまかせ
【カスタマイズ】 (別途追加料金) <input type="checkbox"/> 人工歯変更 【備考】硬質レジン歯限定 / 人工歯は医院様支給 (同梱) <input type="checkbox"/> メタル変更 <input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> クラスプ追加 ◆ノンメタルクラスプタイプへのメタルクラスプ追加 <input type="checkbox"/> コバルト () 箇所 <input type="checkbox"/> チタン () 箇所 ◆メタルクラスプタイプへのメタルクラスプ (4本目から) <input type="checkbox"/> コバルト () <input type="checkbox"/> チタン () 箇所	【カスタマイズ】 (別途追加料金) <input type="checkbox"/> 人工歯変更 【備考】硬質レジン歯限定 / 人工歯は医院様支給 (同梱) <input type="checkbox"/> メタル変更 <input type="checkbox"/> チタン <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> アクティブイト (専用スプリント) ※アクティブイト単品のご発注も可能です。 カラー選択 <input type="checkbox"/> クリア <input type="checkbox"/> イエロー <input type="checkbox"/> グリーン <input type="checkbox"/> シルバー	
		【カスタマイズ】 (別途追加料金) <input type="checkbox"/> 人工歯変更 【備考】硬質レジン歯限定 / 人工歯は医院様支給 (同梱)	

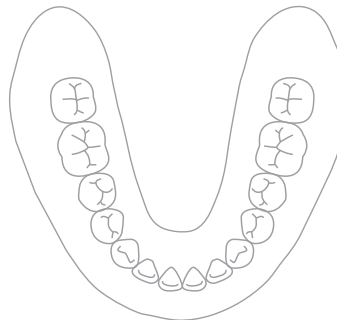
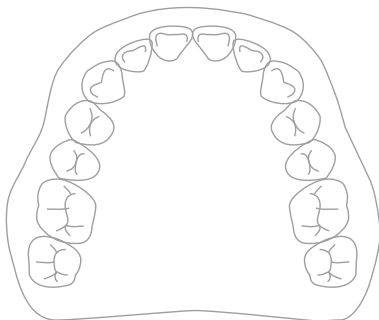
その他加工指示

【保証対象修理】※あらかじめ保証対象外とご案内済の場合は、有料対応となります。ご了承ください。 ※義歯製造時期により修理保証が異なります。詳細は保証書をご確認ください。

- 1年以内の破折修理 ※破折箇所 ()
 1年以内のアーム・クラスプ修理 ※修理理由 (ゆるい / きつい / 適合不良 / その他)
 1年以内の紛失による再製 ※遺失物届出証明の控え提出必須 / 技工料20%引き対応
 【その他】 その他修理 ()

技工指示内容詳細

技工設計を一任したい場合はこちらにチェックをしてください。



※コンフォート加工の工程につきましては、コンフォート加工指示書をご使用ください。

ご確認事項 <input type="checkbox"/> 下記内容を確認いたしました。 ※必ずチェックをお願いいたします。	同梱物確認
下記の場合、コンフォートシリーズ保証が一部適用外となります。 ①欠損部のクリアランスが5mm以下 (破折修理適用外) ②床の厚みが2.5mm以下 (破折修理適用外) ③アームのショルダーの厚みが1.5mm以下 (破折修理適用外) ④鈎歯のアンダーカット量がコンフォートシリーズ技工基準に満たない場合 (アーム不具合修理適用外)	<input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> 対合 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 参考模型 <input type="checkbox"/> バイト <input type="checkbox"/> 人工歯 (カスタマイズ用) <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 本書太枠内において、記入漏れがある場合、納期に遅延が発生する可能性があります。 <input type="checkbox"/> 本書太枠内において、ご指示がない場合、弊社基準にて加工をいたします。 <input type="checkbox"/> 技工確認必要時にご連絡がとれない場合、納期に遅延が発生する可能性があります。 ※緊急連絡先の記載にご協力ください。	

【義歯発送先】 株式会社バイテック・グローバル・ジャパン 〒104-0052 東京都中央区月島2-14-12 3F

サービスに関するお問合せ

0120-508-834

技術的なお問合せ

03-6824-9191