

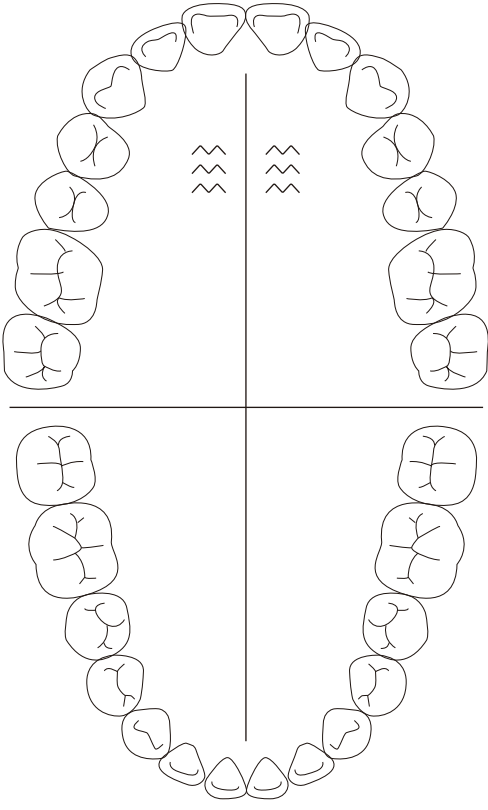
# 義歯技工指示書

※1枚目を弊社発送用、2枚目を貴院控えとして保管ください。

記入日 (20 年 月 日)

(コンフォートシリーズの技工指示は専用指示書をご利用ください)

貴医院名		FOR LAB USE ONLY No.	完成日	発送日
貴医院住所	〒 電話番号: / 緊急連絡先:			
担当歯科医師		<input type="checkbox"/> TEL希望	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
フリガナ		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者名		歳		
セット日	月 日 ( )	AM・PM	:	※確実な納期は技工確認時にご連絡します。
発注	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 咬合床 <input type="checkbox"/> 排列 <input type="checkbox"/> 排列メタルフレーム付 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 一発完成 <input type="checkbox"/> 修理			

設計図 	使用材料	<input type="checkbox"/> レジン床 <input type="checkbox"/> ノンクラスプ (エステショットブライト / バイオトーン) <input type="checkbox"/> 金属床 (コバルトクロム / チタン)
	シェード	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> A3.5 <input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	人工歯	<input type="checkbox"/> 硬質レジン歯 (エフセラ/エンデュラ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	床の色	いずれもライブピンク系統色 (別途ご要望あれば記載ください)
	オプション	<input type="checkbox"/> レスト付 メタルクラスプ (ヶ所) ※種類はイラストに記載ください <input type="checkbox"/> レスト付 ワイヤークラスプ (ヶ所) <input type="checkbox"/> レスト (ヶ所) レスト種類 (樹脂 / メタル) <input type="checkbox"/> 铸造補強 (メッシュプレート / ラミネートプレート) <input type="checkbox"/> 補強 (屈曲メッシュ / 屈曲バー)
	特記事項	

## 【ご案内事項】

1.本製品は製作工程の一部をベトナムで製造しています。

①製造委託先: BITEC GLOBAL VIETNAM CO., Ltd.

BGVN住所: Road CN11, Group CN I, Tan Binh IZ, Son Ky Ward, Tan Phu District, HCMC

②患者同意: 医院様より十分な説明をして頂きますようお願いいたします。

2.バック料金は完成時請求、その他人工歯やオプション等は使用工程時請求となります。

※バック料金には、人工歯・メタルレスト・メタルクラスプ・補強・個人トレーは含まれません。

※完成前に中断となった場合は、工程別費用を請求させていただきますのでご了承ください。

3.技工物は双方元払いとしております。

【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

平日9時~18時 (土日祝休)

技術的なお問合せ

03-6824-9191

平日9時~18時 (土日祝休)