セルコンZ冠 / セルコンコーピング
技工指示書

＊お客様番号は必ずご記入下さい （初めてのお客様は空欄で結構です）

施設名	**お客様番号**	フリガナ
住所	〒 ご担当者名： ご休業日：月 火 水 木 金 土 日 祝	
TEL		
FAX		
E-Mail		

受託先歯科医院に関する情報
（歯科技工士法に基づき、以下の記載または技工指示書原本を添付ください）

歯科医院名	フリガナ
住所	〒 ご担当歯科医師名：
TEL	
FAX	
E-Mail	

顧客の要求番号	フリガナ	
	患者名	

部位

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

☑	品番	品名	単価	数量
データ発注 （データNo：				
☐	L5241	セルコンZ冠 ホワイト	¥3,800	× 本
☐	L5242	セルコンZ冠 ライト	¥3,800	× 本
☐	L5243	セルコンZ冠 ミディアム	¥3,800	× 本
☐	L5126	セルコンコーピング【下記より色選択】	¥5,000	× 本
		ht 【 ホワイト ・ ライト ・ ミディアム 】		
		ベース 【 ホワイト ・ ライト ・ ミディアム ・ カラード 】		
ワックスパターン発注				
☐	L5244	セルコンZ冠 ホワイト	¥4,500	× 本
☐	L5245	セルコンZ冠 ライト	¥4,500	× 本
☐	L5246	セルコンZ冠 ミディアム	¥4,500	× 本
☐	L5125	セルコンコーピング【下記より色選択】	¥6,800	× 本
		ht 【 ホワイト ・ ライト ・ ミディアム 】		
		ベース 【 ホワイト ・ ライト ・ ミディアム ・ カラード 】		

納期およびその他注意事項
＊弊社到着翌日の3営業日後（土日祝を除く）に発送となります
＊5歯以上連結の場合、弊社到着翌日の4営業日後に発送となります
＊カラーリングご要望の場合は 納期に1日追加されます
＊インレーの製作はお受けいたしておりません
＊技工物のサイズによって、ご相談させて頂く場合がございます

送付物チェック
☐ ワックスアップ
☐ 作業模型 ☐ 対合歯 ☐ 咬合器
☐ 複模型 ☐ バイト
☐ その他：

納品希望日：　　月　　日

	技術料 （ケースによって必須の場合があります）			備考
☐	L5234	多数歯連結 技術料（７歯以上で必要）	¥1,000	× 本 ⦿ 連結本数を記載（ポンティック含む）
☐	L5130	非石膏支台歯スキャニング料	¥2,000	× 本 ⦿ 支台歯が石膏模型以外の場合
☐	L5168	分割模型作製料	¥1,000	× 個

	オプション			備考
☐	L5235	カラーリング （希望シェード ）	¥4,000	× 本 ⦿ 厳密なシェード再現はできません
☐	L5167	調整料	¥1,000	× 本 ⦿ 鏡面仕上げの際は必須
☐	L5236	鏡面仕上げ	¥2,000	× 本
☐	L5232	アクセスホール （パターンに付与のこと）	¥1,000	× 本 ⦿ ホール長は 2㎜以内
☐	---	ノブ付与 （付与部位に○）	¥0	【 近心 ・ 遠心 ・ 舌側 ・ 頬側 】
☐	---	コンタクトポイント （盛り足し）	¥0	【 要 ・ 不要 ⦿ 印がない場合は盛り足します
☐	L5199	時間指定料 （業者指定不可）	¥600	× 件 ⦿ 運送会社は指定できません

※弊社記入欄（本欄への記載は製作に反映されません）
請求日：　　年　　月　　日
受入日：　　年　　月　　日
ケース等 ☐　　航空便 ☐

デンツプライシロナ株式会社
ﾃﾞｼﾞﾀﾙﾃﾞﾝﾀﾙｿﾘｭｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ東京
〒140-0012 東京都品川区勝島1-5-21
東神ﾋﾞﾙﾃﾞｨﾝｸﾞ別館11号館３F
ﾃﾞﾝﾂﾌﾟﾗｲｼﾛﾅ株式会社 DDSC - T
TEL：0120-016-152 FAX：0120-280-630