

ワールドラボ IOSオーダーフォーム

弊社記入欄

データ確認:

医院名			
ご住所			
電話番号		FAX 番号	
ご担当 Dr	先生	E-mail	
患者様名	様 男 ・ 女 歳		
セット日	年 月 日 時 分	次回	試適 ・ 完成

【部位】

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	単冠 ・ 連結
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	シェード: _____

【データ情報】

使用システム	<input type="checkbox"/> TRIOS <input type="checkbox"/> iTero <input type="checkbox"/> その他 ()		
お預かり品	<input type="checkbox"/> データのみ <input type="checkbox"/> その他 ()		
データ送信方法	<input type="checkbox"/> 3 Shape Communicate <input type="checkbox"/> マイアイテロ <input type="checkbox"/> メール (ZIP ファイル)		
口腔内写真	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	データ送信日	年 月 日 時 分

【ご依頼技工物】

<input type="checkbox"/> オールセラミック	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> LT
<input type="checkbox"/> フルカウンタージルコニア	<input type="checkbox"/> ML <input type="checkbox"/> SHT <input type="checkbox"/> HT
	<input type="checkbox"/> ステイン有 <input type="checkbox"/> ステイン無
<input type="checkbox"/> CAD/CAM 冠 (自費)	<input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯
<input type="checkbox"/> 3D 模型	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下
<input type="checkbox"/> インプラント上部構造	<input type="checkbox"/> テック

【ご指示内容・特記事項】



Tokushinkai Group

株式会社ワールドラボ

ワールドラボ東京

〒153-0063 東京都目黒区目黒
1-6-17 Daiwa目黒スクエア1F
TEL: 03-6431-9239
FAX: 03-6431-8765
stl@worldmillingcenter.com

ワールドラボ大阪

〒564-0051
大阪府吹田市豊津町11-37 2F
TEL: 06-6190-2660
FAX: 06-6310-6067
wl.osaka.katana@gmail.com



データ送信後、
FAX をお願いいたします

FAX送信先

東京

03-6431-8765

大阪

06-6310-6067