

お申込みについて



本オーダーフォーム(2枚目)に必要事項をご入力ください



USBメモリ(CD-R等も可)に必要データを保存する

<必要データ>

- | | |
|--|---|
| 標準プランの方
・入力済オーダーフォーム(PDF)
・Dicomデータ
・STLデータ | まるごとプランの方
・入力済オーダーフォーム(PDF)
・Dicomデータ |
|--|---|



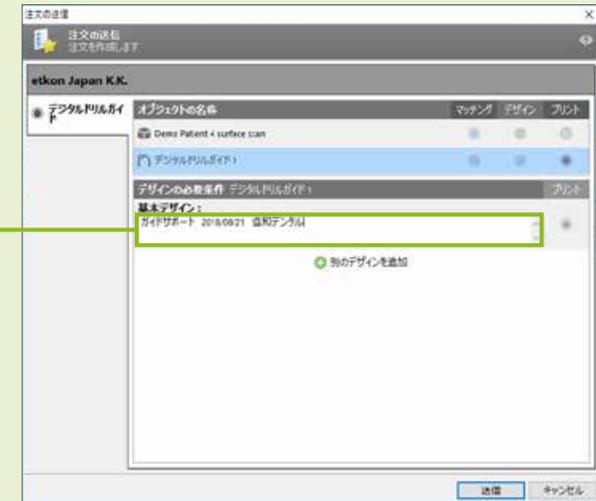
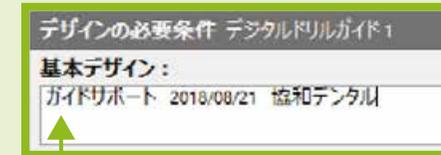
USBメモリ(CD-R等も可)をラボに発送

<発送物>

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|
| 標準プランの方
・USBメモリ(CD-R等も可) | まるごとプランの方
・USB(CD-R等も可)
・模型 |
|-----------------------------|-----------------------------------|

サポート完了後、注文を送信する際の注意点

デザインの必要条件欄に下記入力をお願いします
[ガイドサポート 年/月/日 協和デンタル]



- 宛名：協和デンタルラボラトリー
- 発送先住所：〒270-0034 千葉県松戸市新松戸3-260-1
- 電話番号：047-343-2670
- E-mailアドレス：info@kyowa1.jp
- サポート受付時間：平日9:00～18:00

下記色のついた箇所へのご入力をお願いいたします。

サポートプラン	標準プラン プランニングサポートのみのシンプルプラン	まるごとプラン WAX UP、スキャニング(STL変換)作業も含まれているプラン
---------	-------------------------------	---

■患者様情報 ※ふりがなはアルファベットでご入力ください

アルファベット	(姓)	(名)
患者名	(姓)	(名)

■医院様情報

クリニック名			
担当医師名			
お電話番号	— —		
お電話可能時間帯 (複数可)	①	曜日	: ~ :
	②	曜日	: ~ :
	③	曜日	: ~ :

予定オペ日	年	月	日	曜日
-------	---	---	---	----

■その他注意事項(任意)

【ご入力完了後】 チェックボタンにチェックを入れる → ファイル → 別名で保存
 → ファイル名末尾に<クリニック名+患者名(アルファベット)>を記入 → 保存
 例) ファイル名: プランニングサポートサービス 指示書_Straumann Dental_YAMADA HANAKO .pdf

■予定インプラント種別

[上顎] まるごとプランをお選びの方: WAX UPをする部位にチェックを入れてください。

11		21	
12		22	
13		23	
14		24	
15		25	
16		26	
17		27	
18		28	

[下顎] まるごとプランをお選びの方: WAX UPをする部位にチェックを入れてください。

41		31	
42		32	
43		33	
44		34	
45		35	
46		36	
47		37	
48		38	

クリック ご入力完了後、チェック欄をクリックしてください
 入力した指示内容にてプランニングを申し込みます