

・チタンのゴールドカラーリング



要 (Yes)

不要 (No)

・その他ご要望 (Other requirements)

・送付物のご確認 (Items to be sent)

- 弊社技工指示書 (This Work Order sheet)
- STLファイル
- XMLファイル

※本製品は、補綴物のミリングのみを弊社で行います。(Osteon Digital only mills the prosthesis.)

・委託先 (模型送付先) 歯科技工所

歯科技工所名	オステオンデジタルジャパン株式会社
歯科技工所所在地	大阪府大阪市平野区長吉川辺3-5-4

※ 歯科技工所よりご発注いただく場合は、弊社への再委託となりますので、必ず下記チェック項目をご確認頂きますようお願いいたします。(If a lab is placing this order, please fill in the tick box below as the lab order is considered as sub-contracting work.)

- 本症例の再委託については、担当の歯科医師により了承されました。**
(The sub-contracting work of this case is approved by our dentist.)

・承認 (Certification)

この技工指示書に記載された全ての情報は正確であることを証明します。口腔内で使用した全てのパーツは、殺菌・消毒済です。私は、Osteon Medical Pty Ltd (759-767 Springvale Road, Mulgrave Victoria, Australia) が、この技工指示書に記載された関連する全情報を使用し、本症例に対する歯科技工物を設計し、製造することを許可します。

(I certify that all information stated in this work sheet is correct. All items that have contacted the oral environment have been disinfected. I authorize Osteon Medical Pty Ltd (759-767 Springvale Road, Mulgrave Victoria, Australia) to design and produce this case (our product) using all relevant information provided on this work order.)

ご署名

日付