

歯科技工指示所『MTM 用』

年 月 日

医院名

ご住所

電話番号

リンガル ラビアル

<フリガナ>

患者様名 男・女

様 歳

納品日希望日 年 月 日 ()

納品日前の休診日 年 月 日 ()

「添付材料」

模型 バイト ブラケット
 その他 ()

「コアの種類」

コモンベースタイプ コアタイプ

「ワイヤーステップの製作」

希望する 希望しない

「改善したい部分にチェックをお願い致します。」

叢生 ()
 歯軸 ()
 圧下・延出 ()
 部分的クロスバイト ()
 その他 ()

※サポートプラン無しの場合はご記入下さい。

《Set up》

部位

圧下・延出

() 番の高さを基準に配列

() 番の高さより +・- mm

Set up 後のチェック

希望する 希望しない

ブラケットポジション

3.5	3.5	4	4	4.5	3.5	4.0	4.0	3.5	4.5	4	4	3.5	3.5
3.5	3.5	4	4	4.5	3.5	3.5	3.5	3.5	4.5	4	4	3.5	3.5

※高さの変更をご希望される部位がある場合は、ご記入下さい

コア分割部位

()

《備考》



株式会社アンウォール

〒355-0062 埼玉県東松山市西本宿 1859-1-2F

T: 0493-53-4415 mail: giko@un-labo.com

FAX: 0493-53-4415