

		お申込日 平成 年 月 日			
貴医院名		TEL:			
住所	〒				
HPアドレス					
診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科		<input type="checkbox"/> 矯正歯科		<input type="checkbox"/> 小児歯科
	<input type="checkbox"/> インプラント		<input type="checkbox"/> 口腔外科		<input type="checkbox"/> 審美歯科
	<input type="checkbox"/> その他()				
診療日 診療時間					
QRコード	<input type="checkbox"/> 掲載希望		<input type="checkbox"/> 新規製作掲載希望		<input type="checkbox"/> 掲載不要

補綴物の種類・保証期間・費用を貴医院に合わせて、お選びいただけます。

つめもの・土台編は、つめもの編のみの編集も可能です。

貴医院に合わせた補綴物名称に変更希望の場合は、名称変更希望記入欄にご記入ください。

必要な紹介ツールと補綴物の種類にチェック✓を入れていただき、保証期間・費用をご記入ください。

(※保険適応の補綴物は対象外です)

かぶせもの編 (クラウン) (要・不要) 要の場合× セット (1セット500部)	✓	種類		名称変更希望記入欄 (名称の変更希望の際は 変更名称をご記入ください)	保証 期間	費用
		ジルコニア + セラミッククラウン			年	円
		ジルコニアクラウン			年	円
		セラミッククラウン			年	円
		セレッククラウン			年	円
		メタル +	フルカバー		年	円
		セラミッククラウン	外側のみ		年	円
		メタル +	フルカバー		年	円
		ハイブリッドクラウ	外側のみ		年	円
	ラミネートベニヤ			年	円	
	ゴールドクラウン			年	円	

つめもの・土台編 (要・不要・土台編不 要) 要の場 合× セット (1セット500部)	✓	種類		名称変更希望記入欄 (名称の変更希望の際は 変更名称をご記入ください)	保証 期間	費用
		つめもの (インレー)	セラミック		年	円
			ハイブリッド		年	円
			セレック		年	円
			ジルコニア		年	円
			ゴールド		年	円
		土台	ファイバーコア		年	円
			ゴールド		年	円

総入れ歯編 (要・不要) 要の場合× セット (1セット500部)	✓	種類		名称変更希望記入欄 (名称の変更希望の際は 変更名称をご記入ください)	保証 期間	費用
		自由診療 の 総入れ歯	ゴールド/プラチナ		年	円
			チタン		年	円
			コバルトクロム		年	円
			フィンデンチャー		年	円
			磁石式入れ歯		年	円
			ミニインプラント		年	円

部分入れ歯編 (要・不要) 要の場合× セット (1セット500部)	✓	種類		名称変更希望記入欄 (名称の変更希望の際は 変更名称をご記入ください)	保証 期間	費用
		自由診療 の 総入れ歯	ゴールド/プラチナ		年	円
			チタン		年	円
			コバルトクロム		年	円
			ノンクラスプデンチャー		年	円
			磁石式入れ歯		年	円
			コーヌスデンチャー		年	円
			インプラント		年	円

※ご入金を頂いた後にデータ作成へと移ります。
また医院様によるデータの校正は一度のみとさせて頂いております。
ご了承頂ければ、署名・ご捺印を頂き下記までご返送ください。

ご署名 _____ (印)

※このご注文書についてのご担当

お名前	TEL:
	FAX:
メール アドレス	

ご不明点、ご確認事項がございましたら、ご連絡いたします。

株式会社 キャスダック
〒530-0057
大阪市北区曾根崎2丁目5番10号
TEL : 06-6948-6440 FAX : 06-6948-6141