

顎模型製作依頼書

受付日 (年 月 日)

ご発注日	年 月 日	希望納期	年 月 日	(発送日 月 日)
------	-------	------	-------	------------

* 受付日、及び発送日は記載しないでください。(当社記載欄)

医院名		住所	〒		
ご担当者			TEL: 携帯番号(お急ぎの場合):	FAX:	
依頼模型	上顎 下顎	患者名		E-MAIL	

↓ 必要な模型の範囲、もしくは切断したい箇所があればラインを入れてください。(必須)



◎ コメント (どの部分が特に必要か目的など含め具体的にご記入ください)

3D撮影時の注意事項

○ 上下顎の対合歯に金属補綴している場合は、ハレーションを起こしますので、歯牙の再現が困難となります。撮影時は、非金属性のバイトを噛ませて撮影してください。

模型のご依頼・郵送先：生体モデル造形センター
株式会社 UPTRUST TEL 06-6927-7645 FAX 06-6927-7706
〒534-0023 大阪市都島区都島南通 1-14-4