

顎模型製作依頼書

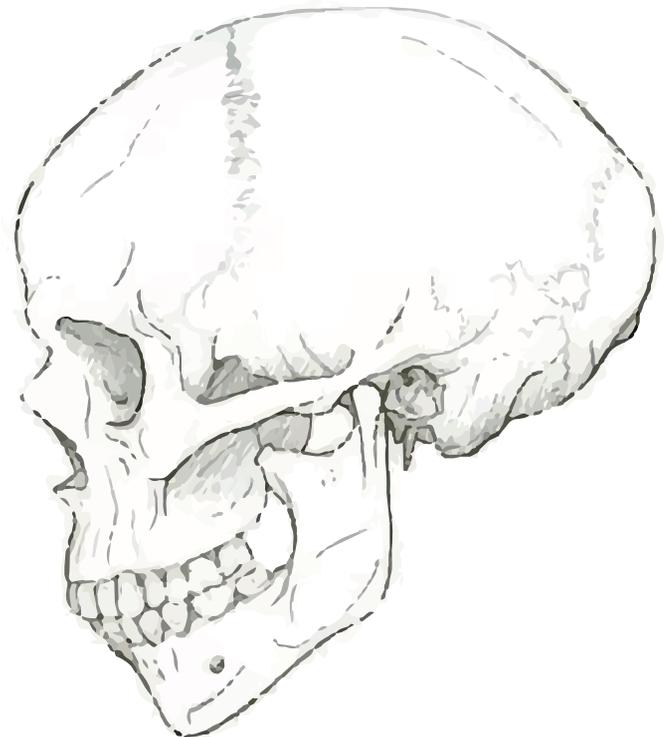
受付日 (年 月 日)

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:	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

生体模型制作依頼書

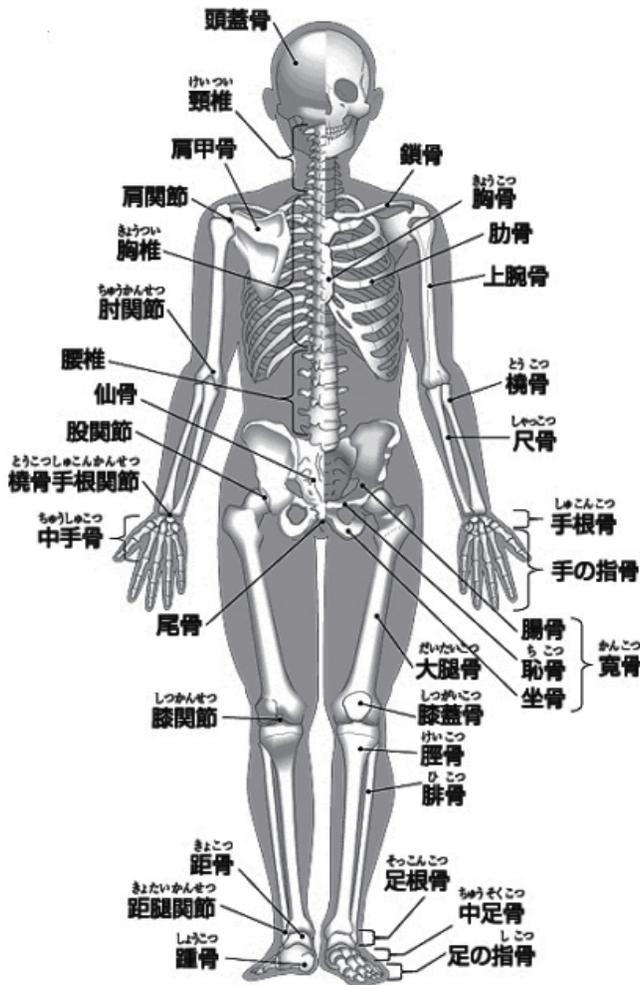
受付日 (年 月 日)

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	印		TEL:	FAX:	
依頼模型		患者名		E-MAIL	

必要な模型の範囲を○で囲い詳細を記入してください。



◎ コメント(どの部分が特に必要か目的などを含め具体的に記入ください)

3D撮影時の注意事項

- ◎ 撮影時は必要な箇所を重点的に鮮明に反映されるようお願いいたします。
- ◎ 医用CTでの撮影はスライスピッチをできるだけ細かくお願いいたします。

模型のご依頼・郵送先 株式会社 UPTRUST

FAX 06-6927-7706

〒534-0023 大阪市都島区都島南通 1-14-4 TEL 06-6927-7645