Ｖｏｉｃｅ Ｒｅｔ（ボイスレット）技工指示書

営業担当者までご連絡の上、模型ならびに技工指示書を担当営業所までご送付ください。
※営業所所在地については当社ホームページをご参照ください。
※技工指示書の控え（コピー、画像など）をお手元にお取りくださいますようお願いいたします。

発 注 日	年　　月　　日
医 院 名	
医院住所 （技工物送付先）	（〒　　－　　）
歯科医師名	歯科医師
患 者 名	フリガナ 様
納品希望日	製作（技工所到着から出荷まで）には10営業日かかるため、納品はご発注から約15日後が目安となります。アポイント日は余裕を持ってご設定ください。 年　　月　　日
設　　計	該当する項目を〇で囲み、必要事項をご記入ください。 新規製作 ・ スピーカ交換 ・ その他（　　） 【新規製作時】再製作できない場合がありますので下記にご注意ください。 ① 外形線は７－４・４－７を基本として、歯牙の動揺や義歯の使用有無など患者様に応じて調整をお願いします。 ②「配線を通す向き」を必ず指定してください。 →患者様の利き手あるいは使用したい手の側、第３大臼歯のない側など ③ 配線スペースの確認のため、最後方部の類側、遠心の印象を可能なかぎり再現くださいますようお願いします。 ④ 最遠心部のスペースが少ない場合は対合歯が必要となります。 ８７６５４３２１ | １２３４５６７８ ８７６５４３２１ | １２３４５６７８ 配線を通す向き ※必　須：右側 ・ 左側 対合歯　あり・なし バイト　あり・なし
特記事項	原疾患（舌癌や構音障害の有無）など
Voice Ret 製作技工所	※模型・技工指示書の送り先ではありませんのでご注意ください。 02：株式会社シケン徳島本社技工所　773-0009徳島県小松島市芝生町字西居屋敷55-1

弊社処理欄（指示書番号）						