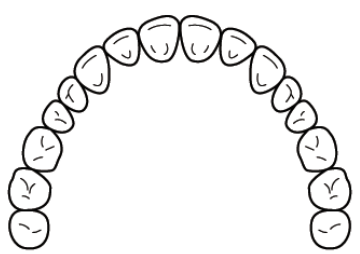
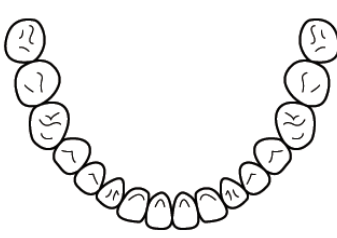


# ASO オーダーフォーム

発行日 年 月 日

<b>歯科医療機関名 (歯科医師名)</b>		<b>ご請求先</b> <input type="checkbox"/> 左記と同じ																																									
名称:		名称:																																									
住所:		住所:																																									
TEL:		TEL:																																									
<b>納品先</b> ※納入先が上記歯科医療機関と異なる場合ご記入下さい。																																											
名称:																																											
住所:																																											
<b>ケース No.:</b>		<b>担当医:</b>																																									
フリガナ (ローマ字):		印象年月日: 年 月 日																																									
<table border="1"> <tr> <td>姓</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>名</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		姓																				名																				休診日: 日・月・火・水・木・金・土	
姓																																											
名																																											
<b>患者氏名:</b>		年齢: 歳																																									
		性別: 男・女																																									
<b>納品希望日:</b> 年 月 日 AM / PM		・発行日翌日より祝日などで休診の場合、該当の曜日に丸印をご記入下さい。																																									
納品希望日の記載がない場合はセット日までに納品致します。		・納品希望日までに長期休暇がある場合はご記入下さい。 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)																																									
<b>セット日:</b> 年 月 日 AM / PM																																											
<b>技工物の種類</b>		<b>技工物の種類</b>																																									
上顎 _____		下顎 _____																																									
																																											
コメント _____ _____ _____ _____																																											

使用材料は下記の通りです。ご指定の材料がある場合は指定材料欄にご記入下さい。

・レジン	オーソネオン / オーソパレット / オーソブライト
・ワイヤー	SS デンタルワイヤー (吉野石膏販売) / SS ワイヤー (FDJ)
・アタッチメント	ST ロック / 矯正用ブラケット等 (FDJ)
	拡大装置用スクリュー (FDJ)
・ロウ材	銀ロウ (トミー) / 金ロウ (Yamakin)
・石膏	オーソホワイト

矯正用ブラケット、拡大装置用スクリュー、その他詳細は ASO ホームページ (www.aso-inter.co.jp) をご確認ください。

**指定材料**

設計及び製作の方法は、www.aso-manila.com/products に掲載の通り。

**国外技工委託 (委託先)**

Company Name:	ASO INTERNATIONAL MANILA, INC
Address:	Atlantica Building 5 Block 12, Phase 1, South Avenue Rosario, Cavite, 4106 Philippines

※国内技工委託の場合は、右欄をチェックして下さい。委託先、再委託先については下記の通り

**受託者**

株式会社アソインターナショナル  
東京都中央区銀座 2-11-8 第 22 中央ビル  
TEL : 03-3547-0471 FAX : 03-3547-0475

**国内技工再委託先**

※国内技工委託の場合に受託者が再委託する場合は、別途指示を確認の上、受託者において再委託先を記載します。

住所:
名称:

記載された条件に合意し、依頼します。

<b>担当者 (歯科医師) ご署名</b>
年 月 日 氏名: _____