コンタクト注文用紙

ＦＡＸ：0263-35-8899
深志コンタクトレンズ

ＩＤ：　　氏名：　　TEL：

注文日と箱数を記入してください。
見え方や装用感に違和感があるときにはＦＡＸ注文はせず、直接来院して検査を受けてください。
半年に1度、定期検査を受けることをおすすめします。
定期検査を1年以上受けていない方は、FAXでのご注文はできません。
午後3時までにＦＡＸしていただければ、翌日午後にはお渡しできます。
水曜、日曜、祝祭日はお休みです。

注文日	右	左	コンタクトレンズのメーカー名・商品名 複数のレンズを併用している方は記入して下さい。 1種類のみ使用の方は記入不要です。
年　月　日	箱	箱	
年　月　日	箱	箱	
年　月　日	箱	箱	
年　月　日	箱	箱	
年　月　日	箱	箱	
年　月　日	箱	箱	