FAX送信方向

コンタクトレンズ注文用紙

深志CL、FAX： 0263-35-8899

ID（診察券左上に記載）：　　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時には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勧めします。
定期検査を1年以上受けていない方のFAX注文は、お受けできません。
水曜、日曜、祝祭日はお休みです。

物流業界における人手不足のため、**令和8年2月からご注文からお受け取りまでの期間が延びる**ことになります。詳しくは下表をご覧ください。

注文方法	注文時間		注文日						
			日	月	火	水	木	金	土
電話または外来	～13時	受取日→	受付不可	木	木	受付不可	土	月	火
	13時～				土		月	火	木
FAX	～13時		木	木	木	土	土	月	火
	13時～				土		月	火	木

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、必ず記入してください 1種類しか使用していない方は記入不要です
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	
年　月　日	箱	箱	

2026.02改