

レディメイド義眼・有窓義眼・献眼用義眼 注文書（FAX専用）

○ご注文の商品について、必要事項をご記入ください。

	商品名	個数	サイズ又はNo.	納品先の病院名	備考
例1	レディメイド義眼	1	WR42S	〇〇〇病院	No.000001
例2	有窓義眼	5	23mm	〇〇眼科	

○納品先の情報をご記入ください。

納品先の住所	〒		
貴社名			
部署名		ご担当者名	
電話番号		FAX	
メールアドレス			
備考欄			

～ 注意事項（必ずお読みください）～

- 当日発送をご希望の方は、同日【15:30まで】に必要事項ご記入の上、ご注文ください。
15:30以降のご注文につきましては、【翌営業日】の発送となりますので、予めご了承ください。
- ※ ご注文の商品の在庫切れ、又は注文内容の確認が必要な場合のみ、折り返しお電話いたします。
- 『普通義眼 フィッティングセット』の貸し出した後に、『普通義眼をご注文』いただいた場合のみ『送料・手数料』の代金(515円)はいただきません。(ご注文いただいた商品のみのご請求となります)

株式会社 日本義眼研究所

〒102-0083 東京都千代田区麴町1-5-4 ライオンズステーションプラザ半蔵門108
TEL:03-3261-8171 / FAX:03-3234-0710