

義眼の貸し出し依頼書（FAX専用）

○ 到着希望日 平成 年 月 日

○ 返却予定日 平成 年 月 日

○ ご使用になる病院名 【 】

○ 貸出希望の商品 希望されるセットに○をつけてください。

() 普通義眼 厚型タイプ (W)

() 普通義眼 薄型タイプ (S)

() 有窓義眼 (サイズ：13mm～30mm)
下記のサイズ表から、ご希望のサイズに○をつけてください

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	(mm)

送付先の住所	〒
貴社名	
部署名	
ご担当者名	
お電話番号	

当日発送ご希望の方は、同日【16：00まで】にご注文ください。
それ以降のご注文は、【翌営業日】の発送となります。

<送料について> 送料につきましては、貴社にてご負担となりますので、ご了承ください。
(貴社への貸出品送付は、【着払い】とさせていただきます。)

株式会社 日本義眼研究所

〒102-0083 東京都千代田区麹町 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

<http://www.gigan.co.jp/>