

オサート コンタクトレンズ オーダーフォーム

20 年 月 日

診察券番号： _____

ふりがな： _____

ご氏名： _____ 様

ご連絡先お電話番号： _____ (_____)

発注レンズ： 右レンズ番号 _____ () 枚
左レンズ番号 _____ () 枚 合計 _____ 枚

発注理由： 破損 紛失 予備として
 その他 (_____)

※発注レンズに関する詳細がございましたらご記入下さい。

ご記入頂いた内容からレンズ番号が同定できない場合には、レンズの発注ができない場合がありますので、内容はお間違えのないよう、正確に、詳しくご記入下さい。

三井メディカルクリニック FAX : 03-5570-2327