

# 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。

---

---

---

---

---

---

---

---

ご記入頂いた内容でレンズの発注を行いますので、内容はお間違えのないよう、正確に、詳しくご記入下さい。記載間違いなどにより、他のレンズを発注されても当院では責任を負いかねます。レンズ番号が不明な場合は、当院へご連絡いただき、ご確認後、オーダーフォームをお送りください。レンズの発注に関しましては、ご入金確認後の発注となり、発注後のキャンセル・変更はお受け致しかねます。1週間以内にご入金がない場合に関しては、キャンセル扱いとさせていただきます。

三井メディカルクリニック FAX : 03-5157-1321