

# オサート コンタクトレンズ オーダーフォーム

---

年 月 日

---

診察券番号： \_\_\_\_\_

ふりがな： \_\_\_\_\_ 様

おなまえ： \_\_\_\_\_ 様

ご連絡先お電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

発注レンズ：  両眼 ( \_\_\_\_\_ ) 組  
(にチェックをして下さい) [右側レンズ番号： \_\_\_\_\_ / 左側レンズ番号： \_\_\_\_\_ ]

右のみ ( \_\_\_\_\_ ) 枚 [右側レンズ番号： \_\_\_\_\_ ]

左のみ ( \_\_\_\_\_ ) 枚 [左側レンズ番号： \_\_\_\_\_ ]

※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。

---

---

---

---

---

三井メディカルクリニック FAX : 03-5570-2327