

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