

注文書

年 月 日

※下記に必ず○印をつけてください。

・今回が初めて

・2回目以降

お名前	ふりがな	電話番号	-	-
	〒		アパートマンション名も必ずご記入ください。	

ご住所	〒	都道	市	区
		府県	郡	町村

お届け先ご住所が異なる場合のみご記入ください。建物名・会社名も必ずご記入ください。

〒	電話番号
---	------

お支払方法をご指定ください。

郵便振込

代金引換(代引き手数料324円)

レンズデータを貼り付けてください。

右

左

ご注文コンタクトレンズ名

右 箱

※2箱以上からのご注文になります。

左 箱 合計 箱

備考欄