

注 文 書

年 月 日

※下記に必ず○印をつけてください。

今回がはじめて 2回目以降

お 名 前	ふりがな	電話番号	
	〒		
ご 住 所	アパートマンション名も必ずご記入ください。		
	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	
---	------	--

お支払い方法をご指定ください。

郵便振込 代金引換

レンズデータを貼り付けてください。

ご注文コンタクトレンズ名

※2箱以上からのご注文になります。

※4箱以上のご注文で送料無料です。

右 箱
左 箱 合計 箱

備考欄

〒920-0902 石川県金沢市尾張町 2-5-3 アスコットヒル 101