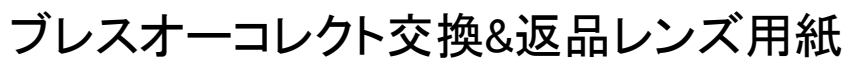


担当者: 様



【保証条件】 処方交換:6ヶ月以内 / 破損交換(割れ・キズ・変形等):1年以内

患者氏名 または 患者No			
*注① 初回処方レンズお渡し日 ※必須	年	月	日
交換レンズご注文日 ※必須	年	月	日

返品レンズ データ	R	区分 ※○で選択してください	処方交換 ・ 割れ ・ キズ ・ 変形 ・ その他()		
		規格	F.C	T.P	D
		レンズロット番号	—		
	L	区分 ※○で選択してください	処方交換 ・ 割れ ・ キズ ・ 変形 ・ その他()		
		規格	F.C	T.P	D
		レンズロット番号	—		

交換発注 レンズデータ	R	規格	F.C	T.P	D
	L		F.C	T.P	D
備考欄					

* 注意事項

- ①初回処方レンズお渡し日:レンズ再購入の場合は再購入レンズのお渡し日をご記入ください
②返品レンズを同封し、下記までご返送ください

返却先：ケイシカイメディカル・ジャパン(株)
〒745-0032 山口県周南市銀座 1-22
