

# 南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

**ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。**

ご注文日： 年 月 日

お名前	診察券番号
ご住所	
※ お電話番号 ( ) -	

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに  を入れ 右( ) 左( ) に必要個数をご記入下さい。

## 【 カラー コンタクト 】

メーカー	商品名	カラー	枚数		箱数	箱数
シード	アイコフレ 1day UV	ナチュラルメイク	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
			30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		リッチメイク	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
			30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ベースメイク	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
			30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ジョンソン & ジョンソン	1day アキュビュー ディファイン モイスト	アクセント スタイル	30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ヴィヴィッド スタイル	30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ナチュラル シャイン	30枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱

メーカー	商品名	カラー	枚数		箱数	箱数
ジョンソン & ジョンソン	2weekアキュビュー ディファイン	ヴィヴィッド スタイル	6枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱

南水苑コンタクトレンズセンター **FAX番号 072-811-3175【24時間受付中】**

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 4:30~ 7:30	○	○	休	○	○	休

休 診 日  
第4水曜日・日曜日・祝日

# 南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

**ご注意： 当院で診察を受け処方した コンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。**

ご注文日： 年 月 日

お名前	診察券番号
ご住所	
-----	
※ お電話番号 (            )            -	

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに  を入れ 右( ) 左( ) に必要個数をご記入下さい。

## 【 カラー コンタクト 】

商品名	種類	カラー	枚数		箱数	箱数
シンシア	ナチュラル	ブラウン	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ブラック	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
フェアリー 1day	プリンセス	ブラウン	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ピンク	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		グリーン	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		バイオレット	10枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱

※ 5箱以下のご注文の場合は、別途 540円の送料が かかります。

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 4:30~ 7:30	○	○	休	○	○	休

休 診 日  
第4水曜日・日曜日・祝日

# 南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

**ご注意： 当院で診察を受け処方した コンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。**

ご注文日： 年 月 日

お名前	診察券番号
ご住所	
※ お電話番号 ( ) -	

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに  を入れ 右( ) 左( ) に必要個数をご記入下さい。

## 【 カラー コンタクト 】

商品名	種類	カラー	枚数		箱数	箱数
シンシア フェアリー 1 Month (一ヶ月)	ナチュラル	ブラウン	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ブラック	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	プリンセス	ブラウン	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		グレイ	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ブルー	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		グリーン	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		バイオレット	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	クイーン	ブラウン	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		グレイ	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
		ブルー	1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
グリーン		1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱	
バイオレット		1 枚	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱	

※ 5箱以下のご注文の場合は、別途 540円の送料が かかります。

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 4:30~ 7:30	○	○	休	○	○	休

休 診 日  
第4水曜日・日曜日・祝日

# 南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

**ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。**

ご注文日： 年 月 日

お名前	診察券番号
ご住所	
-----	
※ お電話番号 (            )            -	

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに  を入れ 右( ) 左( ) に必要個数をご記入下さい。

## 【 1day 使い捨てコンタクト 】

メーカー	商品名		箱数	箱数
シード	1day ピュア うるおいプラス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
メニコン	マジック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ロート	1day フレッシュビュー	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	1day フレッシュビュー 90枚パック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ボシュロム	メダリスト 1day プラス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
クーパービジョン	1day バイオメディックス EV	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	1day バイオメディックス EV 90枚パック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	My Day	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	1day バイオメディックス トーリック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	プロクリア 1day マルチフォーカル	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ジョンソン&ジョンソン	1day アキュビュー モイスト	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	1day アキュビュー モイスト 90枚パック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱

南水苑コンタクトレンズセンター **FAX番号 072-811-3175【24時間受付中】**

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 4:30~ 7:30	○	○	休	○	○	休

休 診 日  
第4水曜日・日曜日・祝日

# 南水苑コンタクトレンズセンター 使い捨てコンタクトレンズ FAX注文書

**ご注意：当院で診察を受け処方したコンタクトレンズに限り、ご注文いただけます。**

ご注文日： 年 月 日

お名前	診察券番号
ご住所	
※ お電話番号 ( ) -	

※ お電話番号は FAX到着後、診療時間に 確認のご連絡をさせて頂くため 必ずご記入下さい。

●ご希望のレンズに  を入れ 右( ) 左( ) に必要個数をご記入下さい。

## 【 2week 使い捨てコンタクト 】

メーカー	商品名		箱数	箱数
シード	2week ピュア うるおいプラス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ロート	ロート モイストアイ	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	ロート モイストアイ 乱視用	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
クーパービジョン	バイオフィニティ	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	バイオフィニティ XR	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	バイオフィニティ アドバンスドパック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ボシュロム	メダリスト プラス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	アクアロックス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	メダリスト Fresh Fit コンフォートモイスト	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	メダリスト 66 トーリック	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	メダリスト Fresh Fit コンフォートモイスト 乱視用	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	メダリスト マルチフォーカル Low	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
	メダリスト マルチフォーカル High	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱
ジョンソン&ジョンソン	アキュビュー オアシス	<input type="checkbox"/>	右 箱	左 箱

南水苑コンタクトレンズセンター FAX番号 072-811-3175 【24時間受付中】

診療時間	月	火	水	木	金	土
午前 9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
午後 4:30~ 7:30	○	○	休	○	○	休

休 診 日  
第4水曜日・日曜日・祝日