

Fax お申し込みシート

- ・ このページを印刷し、所定の事項を記入の上、下記の番号へ送信下さい。
- ・ **03-5501-9636 or 078-705-1170**

- ・ **は必須入力項目です。**
- ・ 住所欄が2行になっているのは入力しやすくするためです。1行で書いていただいても結構です。

名前	<input type="text"/> 例) 山田 太郎
ふりがな	<input type="text"/> 例) やまだ たろう
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
郵便番号	<input type="text"/> 例) 654-0121
国	<input type="text"/> 例) 日本
住所	<input type="text"/> <input type="text"/> 例) 兵庫県神戸市須磨区妙法寺アチ口3-22 Web-Lens.comビル 303号
ふりがな	<input type="text"/> <input type="text"/> 例) ひょうごけんこうべしすまくみょうほうじあちくち 3-22 うえぶれんずびる 303ごう
連絡先電話番号 (携帯可)	<input type="text"/> 例) 090-1234-5678
FAX番号	<input type="text"/> 例) 03-5501-9636
E-Mail	<input type="text"/> 例) support@web-lens.com

使い捨てレンズは箱単位で注文して下さい(右目左目の区別は不要です。)

レンズ名	レンズデータ (PWR)・(BC)・(COLOR)	数量 (BOX)	値段 (円)
	(ADD)・(AX)・(CY)		
例)ワンデーアキュビュー	(-3,5)・(9.0)・()	1	2,120円
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
	()・()・()		
小計			¥
詳しくはHPの「発送/送料」のページをご覧ください。		送料計	¥
合計			¥

お支払い方法: VISA MASTER JCB
 銀行振り込み 郵便振替 (注文受付後Faxまたはメールにてご案内します)

カード所有者名: _____

カード番号: _____

有効期限(月/年): _____

署名: _____