

申込書

ご注文日	平成 年 月 日			
フリガナ			生年月日	年 月 日
お名前			(歳)	手術 右 / 左
フリガナ			電話	() -
ご住所	〒 -			

アンケートにお答えください。

- ブライトアイズ製品のご購入は初めてですか？ はい / いいえ
- ブライトアイズの製品を何でお知りになりましたか？
 A. 新聞 B. 雑誌 C. テレビ D. インターネット E. 知人の紹介 F. 病院(病院名:)
 G. その他 ()
- 今後、新製品のカタログなどを希望しますか？ はい / いいえ ありがとうございました。

商品番号	商品名	色	ブラのサイズ		サイズ M.L.LL	手術側 又は ご使用側	単価 (税抜)	数	合計金額
			カップ A/B/C/D	アンダー 70~90					
(例) B-1	ナチュラル	スキン ベージュ	A	75		右側	5,800	1	5,800
(例) WS-02	スタンダード ショートナチュラル	暗めの茶色	-	-	-	-	8,800	1	8,800

お支払い方法 ※15,000円+税以上は代金引換です どちらかに○をおつけください <input type="checkbox"/> 商品代金引換 <input type="checkbox"/> 郵便振込	合計金額	
	税金(8%)	
	商品合計金額	



FAX 03-5933-3602

