

BRIGHT EYES

ブライタイズ

申込書

●FAXは送信面をご確認の上送信してください。

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

アンケートにお答えください。

■ブライタイズ製品のご購入は初めてですか? はい / いいえ

■ブライタ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	価格 (税込)	数量	小計(税込)
			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	6,380	1	6,380
(例) WS-02	スタンダード ショートナチュラル	暗めの茶色	-	-	-	-	9,680	1	9,680

お支払い方法 どちらかに○をおつけください
商品代金引換 郵便振込

※お買い上げ金額が16,500円(税込)以上のお支払い方法は「商品代金引換」です。
 お買い上げ金額が11,000円(税込)以上は送料と商品代金引換手数料は無料です。

商品合計金額 (税込)	円
送料(税込)	円
ご請求金額(税込)	円



FAX 03-5933-3602

