

注文日	年 月 日	販売店名	
ご担当者名		ご連絡先	

ご注文カテゴリ

チェック✓ および 必要事項をご記入ください

◆ 個人ご購入 通常購入【定価販売】 「日常生活用具」の給付購入でない方

認定給付で購入【非課税分値引販売】 「日常生活用具」認定給付で購入の方
「日常生活用具給付券」の内容を下記へご記載ください。

① 認定自治体 都道府県： _____ 市区町村： _____

② 給付番号 _____ 氏名 _____ 様

③ 給付券発行日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 個人サブスク 一般 学生割

◆ デモ機(特別価格) 眼科・施設用 販売店用 その他 ()

ご注文内容

チェック✓ および 必要事項をご記入ください

◆ MW10HiKARI

2021年新モデル 2020年モデル

ボディカラー： _____ アウターレンズ カラー： _____

シルクグレイ 1色のみ グレー OB 1色のみ

ブラック

初回納品月から3年間(有償：22,000円※税込) 4年目以降更新可能(更新料：2年間22,000円※税込)

眼科 報告欄

チェック✓ および 必要事項をご記入ください

個人購入者様かかりつけ医院名 眼科デモ機

医院名	ご担当者名
所在地	
〒	
連絡先(電話番号)	メールアドレス
	@

◆ デモ機ご購入の眼科様 : ViXion HP「眼科医検索」ページに医院名・ご連絡先を掲載致します

希望する

備考欄

備考欄