**太線枠の中は、必ずご記入ください。必ず名前・患者コード欄をご記入ください。**

複数の患者様のレンズを返送する場合は、お手数ですが本記入書患者様ごとにご記入ください。

１．ご施設情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご施設名 |  | | |
| 得意先コード |  | ご連絡先 | TEL： |
| ご担当者名 |  | ご記入日 | 年　 　月　 　日 |

２．返送レンズ情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名（ｶﾀｶﾅ）  患者コード |  | |
|  | **右レンズ** | **左レンズ** |
| ご注文日 |  |  |
| レンズのタイプ | ( ) 治療用：右（クリアー）**203**  ( ) ＣＡ　：右（クリアー）**212**  ( ) 治療用：ブルー　**202**  (　　　) ＣＡ ：ブルー　**211** | ( ) 治療用：左（ブルー）**204**  ( ) ＣＡ ：左（ブルー）**213** |
| レンズ情報 | FK:　　　　　　　TP:  SK: | FK:　　　　　　　TP:  SK: |
| ロット番号 |  |  |
| 返品理由  検査依頼 | **（　　）キャンセル保証【1か月】**  **（　　）初回処方交換保証【3か月】**  **（　　）破損保証【1年】**    （　　）レンズの検査依頼 | **（　　）キャンセル保証【1か月】**  **（　　）初回処方交換保証【3か月】**  **（　　）破損保証【1年】**    （　　）レンズの検査依頼 |

**レンズ返送先：　別紙の返送先一覧にてご確認ください。**

**※返送時「返品レンズ在中」と明記してください。**