**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。**