

デモ依頼書 (総合カタログ'24年4月版対応)

日付： 年 月 日

〔ループ、フレーム、LEDライトは各1つの選択をお願いします。〕

ループ (カタログ P2)				
ループ種類 倍率	(G) ガリレアン <input type="checkbox"/> 2.0X <input type="checkbox"/> 2.5X <input type="checkbox"/> 3.0X 	(GM) ガリレアン ミニ <input type="checkbox"/> 2.4X <input type="checkbox"/> 2.5X 	(SPG) スーパーガリレアン <input type="checkbox"/> 3.0X 	(PXL) パノラミックXL <input type="checkbox"/> 3.5X <input type="checkbox"/> 4.5X <input type="checkbox"/> 5.5X
作業距離 (mm)	<input type="checkbox"/> 340	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 460	<input type="checkbox"/> 500
身長 (cm) との目安	(165位まで)	(161～172)	(168～180)	(175位以上)

フレーム (カタログ P4～P8)					
フレーム	<input type="checkbox"/> ワイナビュー エアフレーム (YFA)	<input type="checkbox"/> メディビューフレーム (KMV)	<input type="checkbox"/> ワイナビュー エアフレームTTL (YFA-T)	<input type="checkbox"/> ワイナビュー ヘッドバンド (YNA-V-M)	プレートループ <input type="checkbox"/> ワイナビューエアフレーム <input type="checkbox"/> メディビューフレーム (YNV-1.6)
ヒンジ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> マルチ	<input type="checkbox"/> マグネットシングル <input type="checkbox"/> マグネットマルチ	瞳孔距離を指定してください。 (右: mm 左: mm) (矯正レンズのデモは不可)	<input type="checkbox"/> マグネットマルチ	※LEDライトは 選択可能
ノーズパッド	<input type="checkbox"/> スタンダード (YVU-NSS) <input type="checkbox"/> ソフトスタンダード (YVU-NS) <input type="checkbox"/> メガネ併用型 (YVU-NP)	<input type="checkbox"/> ソフトスタンダード型 (KMV-NS) <input type="checkbox"/> メガネ併用型 (KMV-N-III) <input type="checkbox"/> ハーフムーンメガネ併用型 (KMV-N-II)	<input type="checkbox"/> スタンダード (YVU-NSS) <input type="checkbox"/> ソフトスタンダード (YVU-NS)	<input type="checkbox"/> ハーフムーンメガネ併用型 (KMV-N-II)	ワイナビューエアフレーム スタンダード (YVU-NSS) メディビューフレーム ソフトスタンダード型 (KMV-NS)

眼鏡と併用： Yes No
 ノーズパッドはメガネ併用型を指定して下さい。
 シールドの併用は不可ですのでデモ時には同梱されていません。

フレームカラーの希望： 特になし
 指定 ()

LEDライト (カタログ P9～P11)				
<input type="checkbox"/> ワイナーファイブ (YNA-V-100)	ワイナー ツー <input type="checkbox"/> 絞り付き (YNA-II S-4.5) <input type="checkbox"/> 絞り無し (YNA-II 4.5)	<input type="checkbox"/> ワイナーミニツ (YNA-MINI II)	キーラーK-LED <input type="checkbox"/> シングルセット (2004-P-1016) <input type="checkbox"/> ダブルセット (2004-P-1007)	<input type="checkbox"/> マエストロ (KM-I) ※専用ヒンジ使用

弊社担当者：	デモ器 使用予定日： 月 日	デモ器の見積希望： <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		デモ器の説明は： <input type="checkbox"/> 単独で行なえる <input type="checkbox"/> 同行希望 (日時は電話で打ち合わせる)

試用目的 (複数可)	<input type="checkbox"/> 初めての試着で製品の評価 <input type="checkbox"/> その他 _____	<input type="checkbox"/> 使用中の物と比較	<input type="checkbox"/> 購入の為の確認
---------------	---	-----------------------------------	----------------------------------

備考：

代理店様使用	代理店様/営業所	/	デモ先	施設名	
	担当者/携帯	/		科/Dr.名	科/
	TEL/FAX	/		TEL	

