

デモ依頼書 (総合カタログ '25年1月版対応)

日付： 年 月 日

〔ルーペ、フレーム、LEDライトは各1つの選択でお願いします。〕

ルーペ

(カタログ P2)

ルーペ種類 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) (身長との目安) (cm)	<input type="checkbox"/> 340 (165位まで)	<input type="checkbox"/> 420 (161~172)	<input type="checkbox"/> 460 (168~180)	<input type="checkbox"/> 500 (175位以上)

フレーム

(カタログ P4~8, 11)

システム	<input type="checkbox"/> はね上げ式	<input type="checkbox"/> TTL (埋め込み) (PD 右: mm 左: mm)	<input type="checkbox"/> ワイナビュー® ヘッドバンド	<input type="checkbox"/> プレートルーペ
フレーム	<input type="checkbox"/> ワイナビュー®エアフレーム <input type="checkbox"/> ワイナビュー®PMフレーム <input type="checkbox"/> メディビューフレーム	<input type="checkbox"/> ワイナビュー®エアフレーム TTL <input type="checkbox"/> ワイナビュー®PMフレーム TTL		メディビューフレーム
ヒンジ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> マルチ	—	マグネットマルチ	専用マグネット マルチヒンジ
ノーズパッド	<input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> メガネ併用型	<input type="checkbox"/> ソフトスタンダード <input type="checkbox"/> ハーフムーン メガネ併用型 (メディビュー専用)	ハーフムーン メガネ併用型	ソフト スタンダード型

眼鏡と併用 Yes: ノーズパッドはメガネ併用型を指定して下さい。
シールドはセットされてません。(併用不可)
 No: シールドはセットされてます。

フレームカラーの希望: 特になし
 指定 ()

LEDライト

(カタログ P12~14)

アダプターの選択 (カタログ P16参照)		<input type="checkbox"/> フックアダプター	<input type="checkbox"/> スライドアダプター
<input type="checkbox"/> ワイナーファイブ (YNA-V-100)	ワイナーツ <input type="checkbox"/> 絞り付き (YNA-IIS-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"/> 使用中の物と比較	<input type="checkbox"/> 購入の為の確認
	<input type="checkbox"/> その他 _____		

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	

