

注文書

(総合カタログ '25年1月版対応)

日付： 年 月 日

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)	<input type="checkbox"/> 340	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 460	<input type="checkbox"/> 500

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		
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

フレームカラーの選択： ()

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 ミニツー (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

ディオプターレンズ (オプション) (カタログ P3)

ルーペのモデル	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> GM	<input type="checkbox"/> SPG	<input type="checkbox"/> PXL
ディオプター値	<input type="checkbox"/> P1.00	<input type="checkbox"/> P0.50	<input type="checkbox"/> P0.25	
	<input type="checkbox"/> M0.25	<input type="checkbox"/> M0.50		

(オプション)

矯正レンズは処方箋が必要です。

MODEL	商品名

弊社 担当者 :

備考 :

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

