

デモ依頼書(業者用)

日付: 年 月 日

26年10月

キーラー サージカルルーペ / 各フレーム・フリップアップ, TTL

☐ デモ器希望 (ルーペ, フレーム, LEDライトは各1つの選択をお願いします。) → ☐ 使用予定日 (月 日)

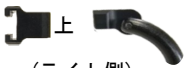
☐ 同行希望 (電話打合せ) (月 日 : 時 分) (必要なデモ器は持参します。)

試用目的(複数可) ☐ 初めて試着 ☐ 使用中の物と比較 ☐ 購入の為の確認 ☐ その他()

(デモ期間は出荷日から2週間目安をお願いします。)

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

フレーム (カタログ P4~8) (フレームカラー: 原則ブラック)					
フレーム	フリップアップ			TTL	
	☐ エアーフレーム 	☐ PMフレーム  (メガネ併用不可)	☐ メディビューフレーム 	☐ エアーフレーム 	☐ PMフレーム 
ヒンジ	☐ マルチ  ☐ シングル 	☐ マルチ  ☐ シングル 	☐ マグネットシングル  ☐ マグネットマルチ 	—	—
ノーズパッド	☐ スタンダード  ☐ ソフト  ☐ スタンダード  ☐ メガネ併用パッド 	スタンダード 	☐ ソフトスタンダード  ☐ メガネ併用型  ☐ ハーフムーン型 	☐ スタンダード  ☐ ソフト  ☐ スタンダード 	スタンダード 
TTLレンズシールド				☐ 瞳孔距離 右: ____mm 左: ____mm	

LEDライト (カタログ P12~14)			
☐ ワイナー ファイブ (YNA-V-100)	☐ ワイナー ツー (YNA-II S-4.5) 絞り付き ☐ (YNA-II 4.5) 絞り無し	☐ ワイナー ミニーツー (YNA-MINI II)	☐ マエストロ (KM-I)
取付アダプター	スライド アダプター  (ライト側)		

弊社担当 : デモ器の見積希望 : ☐ Yes ☐ No 備考 :

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



キーラー サージカルルーペ / ワイナビューヘッドバンド プレートルーペ

☐ デモ器希望 (ルーペ, フレーム, LEDライトは各1つの選択をお願いします。) → ☐ 使用予定日 (月 日)

☐ 同行希望 (電話打合せ) (月 日 : 時 分) (必要なデモ器は持参します。)

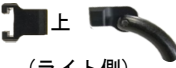
試用目的(複数可) ☐ 初めて試着 ☐ 使用中の物と比較 ☐ 購入の為の確認 ☐ その他()

(デモ期間は出荷日から2週間目安をお願いします。)

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

ヘッドバンド (カタログ P11)		
☐ ヘッドバンド (YNA-V-M) 	ヒンジ	マグネットマルチ (KMV-M-M) 
	ノーズパッド	ハーフムーン型 (KMV-N-H) 

プレートルーペ (カタログ P11) (フレームカラー：原則ブラック)		
☐ プレートルーペ (YFAF)  (スライドアダプター付)	プレート ルーペ本体	1.6X(穴空き)
	ノーズパッド	ソフトスタンダード 

LEDライト (カタログ P12~14)			
☐ ワイナー ファイブ (YNA-V-100)	☐ ワイナー ツー ☐ (YNA-II S-4.5) 絞り付き ☐ (YNA-II -4.5) 絞り無し	☐ ワイナー ミニツー (YNA-MINI II)	☐ マエストロ (KM-I)
取付アダプター	スライド アダプター  (ライト側)		

弊社担当：	デモ器の見積希望： ☐ Yes ☐ No	備考：
-------	--	-----

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

