

デモ依頼書

日付： 年 月 日

'26年6月版対応

メディビューフレーム / PMルーペ・フリップアップ

〈新製品に付き同行デモ・説明させて戴きます。〉

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



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（ ）






弊社担当：	デモ器の見積希望： <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	備考：
-------	--	-----

PMルーペ					
倍率	<input type="checkbox"/> 3.0X	<input type="checkbox"/> 4.0X	<input type="checkbox"/> 5.0X	<input type="checkbox"/> 5.8X	<input type="checkbox"/> 7.2X
作業距離(mm)	<input type="checkbox"/> 指定（ ）	<input type="checkbox"/> 380	<input type="checkbox"/> 450	<input type="checkbox"/> 500	<input type="checkbox"/> 550

※注：偏向型ルーペは直視型ルーペより作業距離が50mm程長く考えて下さい。

フレーム	
<input checked="" type="checkbox"/> メディビューフレーム	フレームカラー： <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 指定（ ）

ノーズパッド			
MODEL	商品名	MODEL	商品名
<input type="checkbox"/> KMV-NS	ソフトスタンダード型ノーズパッド 	<input type="checkbox"/> KMV-N-I	スタンダード型ノーズパッド (メガネ併用時も使用可能) 

オプション (矯正レンズのデモは不可)			
MODEL	商品名	MODEL	商品名
<input type="checkbox"/> KMV-PM-LH	リムレスレンズ穴空き ノーズパッド一体型(度無し) 	<input type="checkbox"/> KMV-SP-F	フラットディープシールド (リムレスレンズと併用可能) 
<input type="checkbox"/> KMV-PM-L	リムレスレンズ ノーズパッド一体型(度無し) 	 リムレスレンズ付 (フラットディープシールドと併用)	
 リムレスレンズ付			

LEDライト	
<input type="checkbox"/> KM-I	マエストロ LEDライト セット

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	

