

同行・デモ依頼書
(PMルーペ '25年6月版対応)

同行の日時は電話にて打ち合わせをお願いします。

日付： 年 月 日

同行日時 月 日 時 分

弊社担当者：

フレーム

☐ TTL


瞳孔距離を指定してください。(右： mm 左： mm)

☐ フリップアップ



(矯正レンズのデモは不可)

シールドの選択

MODEL	商品名
☐ YNV-B-S	フリップアップ用 シールド (1組)
☐ YNV-B-SH	フリップアップ用 シールド 穴空き (1組)
☐	シールドなし

PMルーペ

倍率	☐ 3.0X	☐ 4.0X	☐ 5.0X	☐ 5.8X	☐ 7.2X
作業距離 (mm)	☐ 指定 () ☐ 380 ☐ 450 ☐ 500 ☐ 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。

LEDライト

MODEL	商品名	MODEL	商品名
☐ KM-I	マエストロ	☐ YNA- II S-4.5	ワイナー ツーS (絞り付き)
☐ YNA-V	ワイナー ファイブ	☐ YNA-MINI II	ワイナー ミニ ツー
☐ YNA- II -4.5	ワイナー ツー (絞り無し)		

指定品の見積希望 : ☐ Yes ☐ No

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	

