

BRIGHT EYES

ブライタイズ

申込書

●FAXは送信面をご確認の上送信してください。

ご注文日	平成 年 月 日						
フリガナ				生年 月日	年 月 日 (歳)	手術	右 / 左
お名前							
フリガナ							
ご住所	〒 -			電話	()	-	

アンケートにお答えください。

■ブライタイズ製品のご購入は初めてですか? はい / いいえ

■ブライタイズの製品を何でお知りになりましたか?
 A. 新聞 B. 雑誌 C. テレビ D. インターネット E. 知人の紹介 F. 病院(病院名:)
 G. その他 ()

■今後、新製品のカタログなどを希望しますか? はい / いいえ ありがとうございました。

商品 番号	商品名	色	ブラのサイズ		サイズ M.L.LL	手術側 又は ご使用側	単価	数	合計金額
			カップ A/B/C/D	アンダー 70~90					
(例) B-1	ナチュラル	スキン ベージュ	A	75		右側	6,090	1	6,090
(例) SK-01	ソフトケアブラ	グレー			M		3,990	2	7,980
お支払い方法 どちらかに○をおつけください。					商品代金引換・郵便振込		商品合計金額 (消費税込)		

