

Ray Neo Air2

inner lens注文書

※	注文番号		
※	氏名	ふりがな	性別
※	生年月日	年	月 日
※	住所	〒	
※	TEL	—	—
※	e-mail	@	

レンズ度数データ『処方箋データ』 ※眼科処方箋を同封する際は記入不可

	S	C	AX	ADD	プリズム※	PD(瞳孔間距離)
※ R						
L						

※ プリズム欄は、処方箋データの記載がある場合は記載ください。通常は不要

お送りいただく内容

1 RayNeo Air2 レンズフレーム【必須】



2 度数確認が必要な場合【必須】

現在お使いの眼鏡 Or 眼鏡処方箋



眼科医の処方箋をお勧め致します。

3 インサートレンズ申込書【必須】





※レターパックプラス(推奨)、他宅配便など、
当店にて受領印を押せる配達形式にてお送りください。
※送料はお客様ご負担となります。

発送内容に誤差の無いよう慎重な梱包をおねがひいたします。
到着時に破損があった場合の責任は負いかねますので、あらかじめご了承くださいませ。

— お届け先 —

〒104-0061
東京都中央区銀座1丁目21-13 GINZA HOUSE
JUN GINZA インサートレンズ受注係
TEL:03-6263-0897

お届け先

〒104-0061

東京都中央区銀座1丁目21-13 GINZA HOUSE

JUN GINZA インサートレンズ受注係

TEL : 03-6263-0897

junginza.com / otoiawase@jun1948.jp


JUN GINZA
 SINCE 1948

Special thanks to other members who provided information, photos, and other materials.
 We will be grateful if you could provide us with more information about your products.
 Please contact us if you have any questions or need further assistance. We will be happy to help you.
 Please contact us if you have any questions or need further assistance. We will be happy to help you.
 Please contact us if you have any questions or need further assistance. We will be happy to help you.