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