

Rokid Max

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 Rokid Max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 Rokid Maxレンズご注文書【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は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 / otoiwase@jun1948.jp


JUN GINZA
 SINCE 1948

Rokid Max is a registered trademark of Rokid Max Co., Ltd. All rights reserved. © 2023 Rokid Max Co., Ltd. All rights reserved.