



公益社団法人 日本眼科医会
学校保健委員会監修チラシ 申込書

申し込みご施設様名	
ご担当者様名	
ご連絡先	- -

申し込み日	年 月 日
納品ご希望日	年 月 日



☆受注締め切り時間：当日出荷14：00まで。
☆14：00以降の御注文分は翌日出荷となります。
☆定休日：土曜・日曜・祝日

コード	商品名	単位	発注数量		イメージ
953176	学校保健啓発ツール① 「まずは眼科へ行かなくちゃ」	50		枚	
953177	学校保健啓発ツール② 「教えてコンタクトレンズのケア」	50		枚	



※発注数量の欄には、実数でご記入下さい。
(例) 【学校保健啓発ツール①50枚ご発注】の場合
発注数量欄に「1枚」ではなく「50枚」とご記入下さい。

初回のみ下記項目に記載してお送りください。2回目以降は電話番号、施設名（学校名）で出荷します。			
フリガナ		フリガナ	
御施設様名		院長名 学校長名	
住所	郵便番号 〒		
	フリガナ		
情報	電話番号	FAX番号	休診日・休校日
	- -	- -	

備考 (注意事項などがございましたらご記入ください)

