

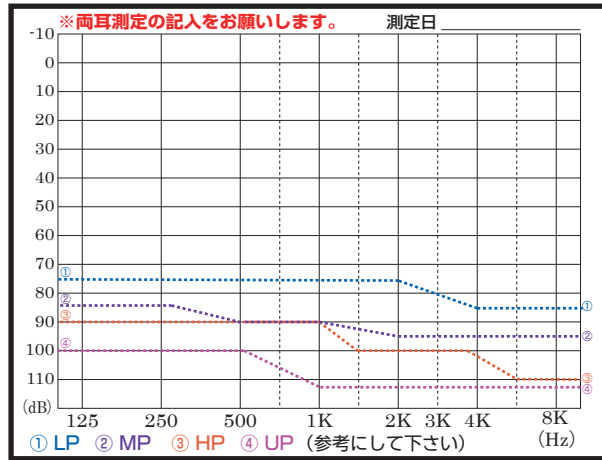
# 充電式オーダーメイド補聴器 ご注文書

ご注文の際は控えをとり、こちらの注文書と一緒に耳型をお送りください。

## 注意事項

- ご注文の際はこちらの注文書と一緒に耳型をお送りください。
- 太枠内は必ずご記入をお願い致します。
- 耳穴の形状によりカナルタイプが作製できない場合があります。
- インプレッションは第2カーブまで採取をお願いします。

ご注文日	年	月	日		
貴店名	様				
ご担当者	貴店 様 電話番号	( )			
ふりがな			男		
お客様名			女		
生年月日	西暦 T・S・H・R	年	月	日	歳



<NJH記入欄>	
受付日	受付No.
備考欄	

(1)器種名	(2)サイズ	(3)パワー	(4)カラー
	<input type="checkbox"/> カナルDWC <small>※ 耳の形状によっては、カスタムでの作製になることもあります。</small>	<input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> UP	右耳: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 左耳: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(1)グレード	<input type="checkbox"/> カスタムDWC	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> UP	 チャコール ベージュ
(5)オプション ※テグスのご指定がない場合は、標準の「1本テグス」となります。			<備考>
テグス*	<input type="checkbox"/> 1本テグス <input type="checkbox"/> 輪テグス <input type="checkbox"/> なし		
ベント	右耳: <input type="checkbox"/> 段付き <input type="checkbox"/> おまかせ <input type="checkbox"/> 無 左耳: <input type="checkbox"/> 段付き <input type="checkbox"/> おまかせ <input type="checkbox"/> 無	耳あか 防止装置 <input type="checkbox"/> ワックスフィルター <input type="checkbox"/> HF-3	
充電器	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	シェル先端 <input type="checkbox"/> 長め <input type="checkbox"/> 短め <input type="checkbox"/> おまかせ	
その他	<input type="checkbox"/> 名入れ (ローマ字10文字まで)		
有料 オプション	<input type="checkbox"/> TVストリーマー+ <Auracast (オーラキャスト) 対応機器> (シリーンのみ) <input type="checkbox"/> ミニリモコン <input type="checkbox"/> リモコン2 <input type="checkbox"/> テレビリンク2 <input type="checkbox"/> ボイスリンク・プロ <input type="checkbox"/> ボイスリンク・マイクロ <input type="checkbox"/> フォンリンク2		
(6)合計金額 (補聴器カタログ価格+別途有料価格)	円		
(7)お客様プロフィール		④ 現在ご使用 右) S/N 器種名と シリアルNo. 左) S/N	
① 補聴器のご経験 ご使用中 (右・左・両耳)・経験なし・過去経験あり		⑤ 試聴器 使用 オープン・チューリップ 耳栓 クローズ・耳栓 (S・M・L)	
② 装着年数 ( ) 年 耳あな・耳かけ・ポケット・他		こもり感 有・無 ひびき感 有・無	
③ メーカー名 ( )			

<NJH記入欄>

受付日	
受付No.	
備考欄	