

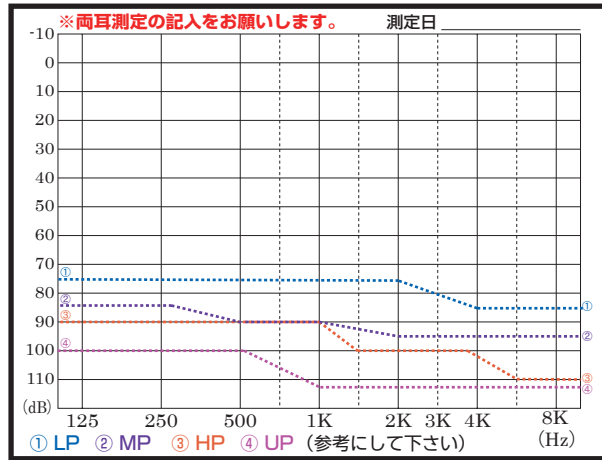
充電式オーダーメイド補聴器 ご注文書

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 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	 チョコレート ベージュ
(5)オプション			
テグス*	<input type="checkbox"/> 1本テグス <input type="checkbox"/> 輪テグス <input type="checkbox"/> なし		※ 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。 ◆ 耳だれ防止加工・ベル加工・延長チューブ加工は不可となります。
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-4 <input type="checkbox"/> HF-3	<備考>
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15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"/> 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		
(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			
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		④ 現在ご使用 右) _____ S/N の器種名と シリアルNo. 左) _____ S/N	
② 装用年数 (年) 耳あな・耳かけ・ポケット・他		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)	
③ メーカー名 ()		こもり感 有・無 ひびき感 有・無	

<NJH記入欄>

受付日	
受付No.	
備考欄	