

デモ依頼書(医家用)

日付： 年 月 日

'26年10月版対応

PMルーペ PMフレーム・フリップアップ, TTL メディビューフレーム・フリップアップ

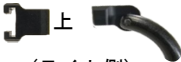
☐ 訪問説明 ☐ 訪問日時電話打合せ (月 日 : 時 分)

☐ 希望日 (月 日 : 時 分)

試用目的(複数可) ☐ 初めて試着 ☐ 使用中の物と比較 ☐ 購入の為の確認 ☐ その他 ()

PMルーペ					
倍率	☐ 3.0X	☐ 4.0X	☐ 5.0X	☐ 5.8X	☐ 7.2X
作業距離(mm)	☐ 指定 ()	☐ 380	☐ 450	☐ 500	☐ 550

フレーム (フレームカラー：原則ブラック)		
☐ PMフレーム・フリップアップ 	シールド	☐ シールドなし ☐ フリップアップ用シールド ☐ シールド 穴空き 瞳孔距離 右：____mm 左：____mm
☐ PMフレーム・TTL 	TTLレンズシールド	☐ 瞳孔距離 右：____mm 左：____mm
☐ メディビューフレームフリップアップ 	ノーズパッド ☐ ソフト スタンダード  ☐ スタンダード (メガネ併用時も使用可能)  オプション レンズ付ノーズパッド ☐ リムレスレンズ 穴空き ノーズパッド一体型 (度無し)  ☐ リムレスレンズ ノーズパッド一体型 (度無し)  シールド ☐ フラットディープシールド (リムレスレンズと併用可能) 	

LEDライト			
☐ ワイナー ファイブ (YNA-V-100)	ワイナー ツー ☐ (YNA-II S-4.5) 絞り付き ☐ (YNA-II -4.5) 絞り無し	☐ ワイナー ミニツ (YNA-MINI II)	☐ マエストロ (KM-I)
取付アダプター	スライド アダプター  (ライト側)		

弊社担当：	備考：
-------	-----

御施設名		御指定業者/営業所	/
科/Dr.名	科/	御担当者/携帯	/
TEL			



株式会社 キーラー・アンド・ワイナー

TEL:03-3815-7787 FAX:03-5802-5931

2026.10